FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — THÈSE — N° 255

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Mai 1909

Par ALPHONSE, JEAN DE BEAURÉALE

Docteur en Médecine de la Faculté d'Athènes

Né à Curzola (Dalmatie), le 6 octobre 1878

Contribution à l'Étude du

KRAUROSIS VULVÆ

POST-OPÉRATOIRE

Président : M. POZZI, *Professeur.*

Juges : MM. QUENU, *Professeur.*
AUVRAY, } *Agrégés.*
LENORMAND, }

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
P. ORSONI, ÉDITEUR
5-7, RUE LEMAIGNAN, 5-7
—
1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	LANDOUZY.
Professeurs	MM.	
Anatomie		NICOLAS.
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie générale		GAUTHIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		BRISSAUD. DEJERINE.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		P. MARIE.
Histologie		PRENANT.
Opérations et appareils		HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT.
Hygiène		CHANTEMESSE.
Médecine légale		THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER.
Clinique médicale		HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants		HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale		G. BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND.
Clinique chirurgicale		DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN.
Clinique d'accouchements		BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		A. ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY.	COUVELAIRE.	LABBÉ (Marcel).	MORESTIN.
BALTHAZARD.	CUNEO.	LANGLOIS.	MULON.
BRANCA.	DEMELIN.	LAUNOIS.	NICLOUX.
BESANÇON (F.).	DESGREZ.	LECENE.	NOBECOURT.
BRINDEAU.	DUVAL (Pierre).	LEGRY.	OMBREDANNE.
BROCA (André).	GOSSET.	LENORMANT.	POTOCKI.
BRUMET.	GOUGET.	LOEPER.	PROUST.
CARNOT.	JEANNIN.	MACAIGNE.	RENON.
CASTAIGNE.	JEANSELME.	MAILLARD.	RICHAUD.
CLAUDE.	JOUSSET (André).	MARION.	RIEFFEL.

SICARD. | ZIMMERN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

FAIBLE TÉMOIGNAGE DE MA PROFONDE RECONNAISSANCE

A MON PÈRE

A MA FEMME

AFFECTUEUX HOMMAGE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR S. POZZI

Professeur de Clinique Gynécologique
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Broca
Commandeur de la Légion d'honneur

A TOUS MES MAITRES

A M. LE DOCTEUR JAYLE

Ancien chef de Clinique Gynécologique
Chevalier de la Légion d'honneur

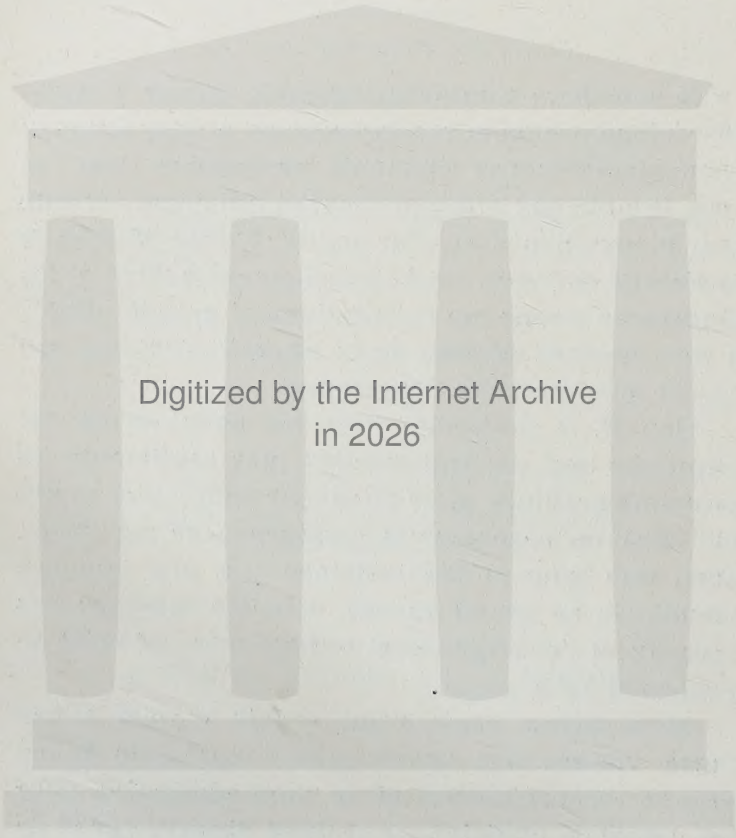
A MM. E. FERRÉ ET P. ORSONI

AVANT-PROPOS

Je considère comme un agréable devoir d'exprimer ici ma profonde reconnaissance et mes sincères remerciements aux éminents professeurs dont j'ai reçu le précieux enseignement et qui m'ont accordé leur bienveillance ou leur amitié : à mes *Maîtres de la Faculté de Paris*, dont l'enseignement élevé et les éminentes leçons me furent d'une si grande utilité ; à mes anciens *Maîtres de la Faculté d'Athènes*, qui furent mes premiers éducateurs.

Que *M. le professeur Pozzi* me permette de lui exprimer tout particulièrement mes sentiments de profonde gratitude pour l'honneur qu'il a bien voulu me faire en acceptant la présidence de ma thèse, ainsi que pour la bienveillance que m'a toujours témoignée ce grand savant, dont les lumières, les travaux et l'enseignement brillent d'un vif éclat en France et à l'étranger.

M. le docteur Jayle, à qui je dois le sujet de ma thèse, voudra bien agréer aussi l'expression de ma grande reconnaissance et de mon admiration pour son talent de clinicien, de profond observateur et de fervent champion de la supériorité de la science française.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/thesepourledocto0000alph_b9a9

Aperçu historique et définition du kraurosis vulvæ.

Il y a vingt-quatre ans Breisky (de Prague) donnait le nom de « kraurosis vulvæ » (κραύρωσις, rétraction) à une entité morbide qui, jusqu'à lui, était en somme presque passée inaperçue. « Je donne, a-t-il dit, le nom de kraurosis à une rétraction atrophique de la peau, atteignant à des degrés divers et plus ou moins en même temps, le vestibule, les petites lèvres, le frein et le prépuce clitoridien, la surface interne des grandes lèvres, jusqu'à la commissure postérieure et la peau du périnée. »

Breisky, se basant sur les 12 cas qu'il a eu l'occasion d'observer, a remarqué les particularités cliniques suivantes, et voici les caractères qu'il assigne à la nouvelle maladie : « Absence apparente des petites lèvres ; les téguments sont lisses à partir du mont de Vénus jusqu'au méat urinaire et passent par-dessus le clitoris sans former de replis ; il n'existe plus trace du frein ni du prépuce. On observe parfois une bande cicatricielle blanche ou une sorte de repli sur la ligne médiane du vestibule. Le clitoris est tantôt tout à fait caché par les téguments, tantôt il est situé au-dessus d'une dépression ronde. En écartant les grandes lèvres on voit se former un pli transversal au-dessous du méat. A la partie postérieure de la vulve, mais à un degré peut-être moins prononcé, existent des signes analogues de rétraction : la peau est inextensible et forme des plis lors-

qu'on cherche à la distendre. La conséquence de cette atrophie est une sténose vestibulaire marquée, quoique non très prononcée, mais qui mérite, « une dignité clinique » parce qu'elle gêne l'accouchement et le coït. »

La définition aurait dû s'arrêter là, mais Breisky, ayant observé une variété, clinique de kraurosis, a pris la partie pour le tout et, à ces lésions d'atrophie, de rétraction, a joint des caractères secondaires, variables, en leur attribuant une importance égale, et a doublé ainsi le kraurosis de leucoplasie. Voici d'ailleurs comment il complète sa définition : « La peau est *blanchâtre* et sèche, pourvue, par places, d'*un épiderme épais* et présentant çà et là des *taches blanchâtres* et des ramifications ectasiques vasculaires. »

Cette seconde partie de la description évoque fatalement le nom de la classique leucoplasie, de sorte qu'il est résulté de cet amalgame, comprenant deux ordres de lésion : l'atrophie d'une part, la leucoplasie de l'autre, que le terme de kraurosis n'a pas eu une signification nette, a prêté à la confusion, et est devenu, pour certains auteurs, synonyme de leucoplasie vulvaire !

Il est évident que la couleur de la peau n'est qu'un symptôme accessoire, secondaire, et elle peut être aussi bien blanche que parsemée de points rouges inflammatoires, de taches ecchymotiques, d'arborisations vasculaires, etc. ; de ces divers aspects cliniques ne doivent résulter que des formes cliniques de kraurosis. Ainsi, dans un cas comportant une rétraction atrophique, il s'agit du pur kraurosis ; dans un autre où les téguments de la vulve sont blanchâtres,

on a affaire à une leucoplasie. La leucoplasie et la rétraction peuvent évidemment se combiner et c'est dans ces cas que Français et Allemands ne sont pas d'accord, les uns donnant la première importance aux taches blanches et diagnostiquant leucoplasie vulvaire ; les autres, mettant l'atrophie au premier plan, disent qu'il s'agit de « kraurosis vulvæ ».

C'est à cette confusion qu'est due la rareté des travaux français sur le kraurosis, tandis qu'à l'étranger les mémoires sur le kraurosis sont innombrables, alors que les études sur la leucoplasie vulvaire sont rares.

La même confusion a régné également dans toutes les observations disparates successivement publiées sous le nom de kraurosis. Janovski, en 1888, signale 6 cas de kraurosis, où il s'agit en réalité de leucoplasie, de blennorrhagie, de végétations, d'œdème scléreux syphilitique.

Ohmann-Dumesnil, en Amérique, publie 9 obsertions ; chez 4 de ces cas il s'agissait de prurit, de taches cornées parcheminées, sans atrophie des petites lèvres ; chez le 5e il existait des taches blanchâtres sur les téguments des grandes lèvres ; la 7e malade était atteinte de déformation des grandes lèvres, les petites lèvres et le clitoris étant presque à l'état normal, les uns et les autres sans plaques opalines (détail important à noter : il s'agissait là d'une femme prostituée) ; enfin deux autres observations, dont l'une se rapportant à une jeune fille de 20 ans, présentant simplement de l'atrophie du mont de Vénus et de la partie inférieure des grandes lèvres ; l'autre, à une femme de 27 ans, dont l'appareil génital externe est frappé

d'arrêt de développement, sans d'ailleurs qu'elle présente aucun symptôme morbide.

Orthmann, en 1889, dans la clinique de Martin, put faire quelques constatations intéressantes parmi les 5 cas qu'il a observés. Il signale le prurit intense, la sténose vestibulaire, la sécheresse et la rétraction atrophique de la peau des organes génitaux externes, les douleurs atroces, les brûlures intenses dans les organes génitaux externes, surtout pendant la miction. Il mélange cependant ces cas typiques de kraurosis avec d'autres ayant pour caractères cliniques des plaques épidermiques blanchâtres, sèches, des bandes nacrées, etc.

Martin, en 1894, publie trois observations où les deux symptômes sont confondus. Malgré cela, il faut retenir la phrase de Martin, qui, par lui-même et par ses élèves, a publié les plus nombreux travaux sur le kraurosis : « Les modifications atrophiques frappent beaucoup plus que la coloration pâle. »

En 1896, Peter relate une observation d'une femme de 50 ans, opérée par Martin pour un polype urétral et qui était atteinte de kraurosis ; la coloration gris argent mat occupait une zone circulaire et tranchait surtout dans la région du clitoris et de la commissure postérieure. L'examen histologique montre des lésions d'atrophie de l'épiderme et des couches superficielles du chorion.

Hallowel, en 1891, décrit dans la *Northwestern-Lancet* un cas dans lequel, après une déchirure complète du périnée, la vulve devint si étroite qu'elle permettait à peine l'introduction d'un doigt. Il y eut leucorrhée et infection par les matières fécales. L'au-

teur trouve, à l'examen local, une atrophie des grandes et petites lèvres et du clitoris, des taches blanchâtres. Dans un second cas, chez une femme de 52 ans, relève des taches rougeâtres et une plaque de couleur rouge sombre, sensible, large d'un quart de centimètre environ.

Frederik, la même année, rapporte un cas de kraurosis chez une femme âgée de 39 ans, malade depuis 19 ans ; mais l'on ne peut dire qu'il s'agit réellement de cette affection ou de prurit simple.

Puis Adam, Bartel, Hatchette, Smith publient certaines observations.

Sænger, tout en soumettant l'opinion que le kraurosis est une atrophie progressive sénile ou présénile de la vulve, insiste sur l'hypertrophie de la couche cornée et du stratum mucosum, et ajoute que l'atrophie du chorion est le point capital ; l'épaississement épithélial, dit-il, peut être déjà reconnu macroscopiquement, d'après la coloration blanchâtre, comme celle que donnerait un saupoudrement de farine, en partie diffuse, en partie formant des taches, des surfaces cutanées kraurosiques.

En 1896, Czempin rapporte deux cas de kraurosis dont un compliqué de cancer. Neuman cite un cas analogue, qui au point de vue clinique était du kraurosis et à l'examen histologique en différait.

Hermann identifie la maladie décrite par Breisky en 1885, sous le nom de kraurosis, avec l'affection décrite par Lawson Tait en 1875, dix ans avant, sous le nom de *serpiginous vascular degeneration of the nymphæ*.

Voici d'ailleurs comment Lawson Tait s'expri-

mait dans son livre de *Diseases of women* (édition de 1877) :

Cette affection, une des plus ennuyeuses et une des plus rebelles que j'ai rencontrées, survient généralement au moment de la ménopause ou après. Elle est très souvent, si ce n'est toujours, associée aux caroncules vasculaires du méat urinaire.

Les petites lèvres sont le siège d'une atrophie particulière qui est toujours limitée à leur face interne et je ne l'ai jamais rencontrée sur les grandes lèvres et sur le vagin plus haut que le vestibule. Elle est souvent cause de *suppression totale des rapports sexuels* et dans les trois quarts des cas, c'est elle qui constitue le prétendu vaginisme. On constate presque toujours que les malades ont atteint ou dépassé la quarantaine, qu'elles ont un écoulement jaunâtre, une sensation de cuisson au moment de la miction et qu'elles souffrent horriblement à chaque tentative de coït. Ce dernier symptôme est presque toujours le premier en date. Les rapports sexuels sont interrompus depuis plusieurs mois. Les souffrances sont grandes.

Si on peut examiner la malade dès le début, on constatera sur la muqueuse vulvaire, après avoir écarté les lèvres, deux ou trois *taches rougeâtres*, dont la teinte varie du *rouge brique* au *rouge pourpre intense*. Elles sont extrêmement sensibles au toucher. En les observant avec soin, on voit qu'elles sont légèrement élevées au-dessus de la muqueuse normale.

Si l'on a l'occasion de les suivre pendant quelque temps, on trouvera que ces taches sont temporaires et se propagent lentement. La coloration rougeâtre peut disparaître après une durée de quelques mois, puis apparaître ailleurs, s'étendre en *traînées serpigineuses* et s'effacer aux anciennes places, à mesure qu'elle en envahit de nouvelles.

La marche de l'affection est donc très lente et c'est ce qui explique qu'elle est rebelle à tout traitement, car elle ne se termine généralement qu'après avoir intéressé successivement toute la surface muqueuse des petites lèvres.

La rétraction de l'entrée du vagin se fait lentement ; elle peut être si réduite qu'elle permettra à peine l'introduction du doigt, même si la malade a eu plusieurs enfants, etc.

La description de Lawson Tait est remarquablement claire et juste et c'est à lui que revient l'honneur d'avoir observé et décrit le premier cette affection, il est vrai sous un autre nom. Le professeur de Birmingham lui-même voit dans la description de Breisky la confirmation de ses observations personnelles ainsi qu'il le mentionne dans son ouvrage : *Diseases of women and abdominal surgery*, paru en 1889.

Tandis que A. Martin excluait du kraurosis la maladie observée par Lawson Tait, *Olshausen*, au cours d'une discussion, désignait sous ce nom : *l'atrophie vulvaire et la sténose vaginale survenant après la castration ovarienne.*

En 1897 paraissent, dans la *Semaine gynécologique*, les articles de Pichevin et Pettit qui joignirent à leur mémoire un cas complexe de leucoplasie, kraurosis ou cancer. Leroy des Barres, Labusquière, Arnoux, Perrin, Boursier en France ; Veit Phannestiel, Szasz en Allemagne ; Lauro, Allegrini, Patacho en Italie ; Porter, Stower en Amérique ; Mac Gillavry en Danemark publient des observations plus ou moins disparates. Nonique, dans son excellente thèse (Paris, 1905), a malheureusement eu le tort de suivre également la pente et a confondu la leucoplasie avec le kraurosis.

S'en tenant à l'étymologie stricte du mot kraurosis (Κραύρωσις, rétraction), M. F. Jayle (*Livre d'or du professeur S. Pozzi*, 8 juillet 1906, et *Rev. de gyn. et chir. abdom.*, n° 4, juillet-août 1906) réunit sous ce nom toutes les variétés d'atrophie vulvaire, avec sténose de l'orifice vaginal, sépare nettement le kraurosis de la leucoplasie et donne la description suivante :

« Le kraurosis vulvæ *n'est pas une entité morbide ; c'est un syndrome clinique caractérisé par l'atrophie sclé*reuse *progressive des téguments cutanéo-muqueux de la vulve, conséquemment par l'affaissement des grandes lèvres, la disparition des petites lèvres, du capuchon et du frein clitoridien, la rétraction de la région vestibulaire et hyménéale et par suite la sténose de l'orifice vaginal. Le kraurosis ne nécessite, pour exister, ni plaques blanches, ni placards rouges inflammatoires, ni arborisations vasculaires. Histologiquement le kraurosis est essentiellement une lésion du derme (la leucoplasie étant une lésion de l'épiderme).*

La leucoplasie est une affection caractérisée par le développement de plaques blanchâtres, nacrées, psoriasiformes, sur certaines muqueuses. A la vulve, elle siège sur la région cutanéo-muqueuse (face interne des grandes lèvres, petites lèvres, clitoris, vestibule). Les plaques sont de forme irrégulière, de couleur blanchâtre, virant tantôt sur le jaune et le gris, tantôt sur le blanc d'argent et la nacre. La plaque peut être unique, constituant parfois un grand placard recouvrant toute une petite lèvre et davantage. Plus souvent on voit plusieurs plaques espacées qui peuvent être reliées par des sortes de bandes de leucokératose peu accentuée. La plaque leucoplasique est toujours adhérente. »

Après avoir ainsi défini les deux affections, il admet la possibilité de la combinaison de ces deux affections et le kraurosis s'accompagnant de lésions macroscopiques diverses de la peau, il propose de nommer les principales formes et variétés cliniques sous les noms suivants : 1° kraurosis leucoplasique ou krau-

rosis blanc : *a)* simple ; *b)* syphilitique ; 2° kraurosis inflammatoire ou kraurosis rouge : *a)* folliculaire ; *b)* vasculaire ; 3° kraurosis sénile ; 4° kraurosis post-opératoire.

Etiologie et pathogénie du kraurosis post-opératoire.

La castration ovarienne détermine assez souvent le kraurosis. Pourquoi ?

Nonique émet l'hypothèse suivante, sur la pathogénie de ce kraurosis spécial : « Quelques mois après l'opération, les malades avaient vu survenir, sans cause appréciable, du prurit vulvaire, de la douleur à la miction, de la pesanteur dans le bas-ventre ; le coït devenait douloureux et certains malades avouent avoir cessé tout rapport.

« Tout l'appareil génital est en quelque sorte en état de moindre résistance, que surviennent un prurit, des démangeaisons provenant d'une cause quelconque, ou peut-être même sous la dépendance des troubles vaso-moteurs ou nerveux, il est possible qu'apparaissent des modifications du côté du revêtement cutané de la vulve, ramenant ainsi insensiblement, et d'une façon progressive, la rétraction et l'atrophie des organes génitaux externes. »

Nonique assigne donc au prurit la première place, la cause déterminante du kraurosis, tout en admettant l'hypothèse de la trophonévrose (que Bartels le premier a défendue).

Or, dans la plupart de nos observations, le symp-

tôme : prurit, fait défaut. Les malades se sentent étroites, cette étroitesse allant quelquefois jusqu'à la dyspareunie complète; dans d'autres cas, l'atrophie vulvaire n'était trouvée qu'à l'examen. Nous avons également observé des cas où le prurit et la cuisson étaient survenus secondairement et après rétraction de l'anneau vulvaire.

Pour nous, il est incontestable que le kraurosis post-opératoire n'est que le résultat soit des sections nerveuses opérées pendant la castration, soit de la suppression de la sécrétion interne des ovaires. M. F. Jayle ne croit pas à l'influence du traumatisme causé par l'intervention et se rallie à l'hypothèse d'un trouble nerveux d'ordre réflexe, dû à la suppression de la glande ovarienne.

Si l'on constate la rapidité avec laquelle le kraurosis est survenu dans certaines de nos observations, où pas le moindre symptôme pré — ou immédiatement post-opératoire, n'autorisait à prévoir l'apparition ultérieure d'un kraurosis, on ne pourra qu'admettre le bien-fondé de cette théorie.

Nous avons pu constater également que lorsqu'un des ovaires a été supprimé, le kraurosis peut ne pas survenir, si l'autre ovaire fonctionne bien.

M. F. Jayle, continuant l'hypothèse émise, pense que les femmes non ovariectomisées, qui présentent des phénomènes de kraurosis, sont de celles chez lesquelles les ovaires sont atteints eux-mêmes de lésions atrophiantes.

Les observations XLIII et XLIV, que nous avons cru utile de joindre à nos observations de kraurosis post-opératoire, ont trait à des femmes dont les

Kraurosis inflammatoire ou kraurosis rouge, post-opératoire, chez une femme de 35 ans (d'après F. Jayle).

Les grandes et les petites levres sont atrophiées. L'orifice vaginal est très étroit, d'aspect cordiforme ; le bord en est rigide, peu extensible. De nombreuses petites taches, rappelant la couleur de la tacheture des truites ou celle de certaines briques, sont disséminées sur tout le pourtour. Toucher au doigt douloureux. Sensation de sécheresse.

In *Presse Médicale* (19 septembre 1906).

ovaires sont atrophiés et chez lesquelles existent des lésions marquées de kraurosis. Ces observations viennent à l'appui de la théorie précédente.

L'état de la vulve est donc en rapport direct avec l'état des ovaires.

Il est évident qu'une cause locale, un prurit, une inflammation, une infection, la syphilis (dans deux de nos observations) peuvent augmenter les symptômes fonctionnels et contribuer à l'apparition du syndrome kraurosis, mais l'élément déterminant reste pour nous l'élément d'ordre nerveux.

Anatomie pathologique.

Au point de vue anatomo-pathologique, le kraurosis post-opératoire comprend deux formes principales : le kraurosis inflammatoire et le kraurosis leucoplasique (kraurosis rouge et kraurosis blanc), qu'on pourrait également appeler : kraurosis de Lawson Tait et kraurosis de Breisky, du nom des auteurs qui les ont observés et décrits.

Le kraurosis rouge donne à l'œil un aspect nettement inflammatoire, soit par un développement anormal de petits vaisseaux, dont la couleur rouge tranche nettement sur le fond pâle de la muqueuse, soit par la congestion intense et même la suppuration des follicules de la muqueuse vestibulaire.

A propos de ce kraurosis, voici ce que dit Lawson Tait :

Après avoir excisé un fragment de muqueuse sur lequel se trouvait une de ces taches rougeâtres dues à l'altération vasculaire, je trouvai alors l'explication pathologique de cette mystérieuse affection.

Je plaçai le fragment excisé dans mon microtome à congélation et je traitai les coupes ainsi obtenues par l'hématoxyline, le lactate d'argent, le chlorure d'or et le carmin. Je trouvai qu'à l'endroit où siégeaient les taches tous les tissus avaient disparu, sauf quelques fibres, les parois des capillaires et l'épithélium superficiel, sous lequel le réseau des capillaires, avec leurs parois amincies et dilatées, se trouvait presque sans protection, toute trace de tissu glandulaire ayant disparu. L'imprégnation au chlorure d'or montrait en plus que les fibres nerveuses, se trouvant parmi les capillaires, étaient de même sans protection.

C'est en somme *une atrophie progressive de toute la muqueuse*, les derniers tissus atteints étant les capillaires et les fibrilles nerveuses.

Le développement des vaisseaux et l'inflammation des follicules peuvent s'observer simultanément chez le même sujet; mais ils peuvent aussi exister isolément et M. F. Jayle propose, pour plus de clarté dans l'exposition, de subdiviser le kraurosis rouge en vasculaire et folliculaire. Le kraurosis vasculaire est celui décrit par Lawson Tait. Le kraurosis folliculaire a trait à des cas compliqués d'inflammation des follicules glandulaires, qui occupent le vestibule de l'urètre ou l'entrée du vagin. En plus des lésions kraurotiques, on constate des points rouges en cinq points principaux, sièges de ces follicules : sur la ligne médiane, entre le clitoris et le méat, de chaque côté du méat dans une dépression que l'on observe chez la plupart des femmes, enfin au niveau de l'orifice du canal des glandes de Bartholin.

Du kraurosis blanc, Fischel donne la description

suivante, d'après un cas de Breisky : « On trouve un processus atrophique dans la partie supérieure du chorion, notamment dans le corps papillaire, dont la substance sclérosée, mate, vitrifiée, présente une stratification légère dans la direction des axes papillaires. Les papilles sont inégales, basses; la couche de Malpighi ne présente aucune modification de forme de ses éléments, mais par places et notamment au niveau des papilles de la peau des petites lèvres, elle est très mince, de sorte que la couche épidermique, qui est relativement fortement kératinisée, se trouve tout près de la tête des papilles. On ne voit pas de glande sébacée; les glandes sudoripares ont disparu en presque totalité. Par places, mais surtout dans les couches profondes du chorion, on trouve une infiltration de cellules embryonnaires. »

La couleur blanche, leucoplasique de la peau n'entraîne pas l'hyperkératinisation ni l'hypergranulation. Milian, au Congrès de Lisbonne, a insisté sur ce point et émet l'idée que la couleur blanche est le résultat d'un état moléculaire spécial des cellules des corps muqueux : « Le seul élément histologique constant et obligatoire des taches blanches leucoplasiques est *la cellule du corps muqueux*. En son absence (ulcération), pas de leucoplasie possible. Seule présente (érosion, c'est-à-dire destruction des couches superficielles de l'épithélium), elle peut produire la leucoplasie. Le protoplasma de la cellule est devenu trouble. Il a subi une modification chimique de ses matériaux albuminoïdes, qui, sans doute, ont une composition comparable aux ascites lactescentes, dont l'aspect varie de la simple opalescence à l'état

laiteux le plus accentué. Les caractères histologiques de cet état trouble paraissent être les suivants : hypertrophie des cellules gorgées de suc, basophilie du protoplasma, léger œdème interstitiel, hyperplasie nucléaire. »

On comprend de cette façon qu'une atrophie de l'épiderme peut coexister avec une couleur blanche.

Le kraurosis post-opératoire inflammatoire (vasculaire ou folliculaire) étant le plus fréquent, c'est surtout sur cette variété que les recherches anatomo-microscopiques ont eu lieu. X. Bender, sur trois cas qu'il a étudiés, dont deux ont fourni les coupes reproduites ci-contre, donne les renseignements suivants :

La figure 2, A et B, a trait à une femme de 32 ans, ayant subi la castration ovarienne. M. F. Jayle avait relevé cliniquement les lésions locales suivantes : pâleur générale de toute la vulve, à droite et à gauche plaques irrégulières, rougeâtres, avec points de couleur brique, couvrant une surface un peu supérieure à celle d'une pièce de 50 centimes, occupant la zone vestibulaire et l'emplacement de l'hymen; pression douloureuse sur toute l'étendue de l'orifice vulvaire; coït douloureux depuis deux ou trois mois. Histologiquement, les lésions sont suffisamment expliquées par les figures A et B pour abréger les descriptions.

La figure 1 provient d'un cas publié par MM. F. Jayle et Bender, dans le *Bulletin de la Société d'anatomie :*

A un grossissement moyen, l'épithélium A ne présente pas de modifications très appréciables. Ce n'est qu'à un grossisse-

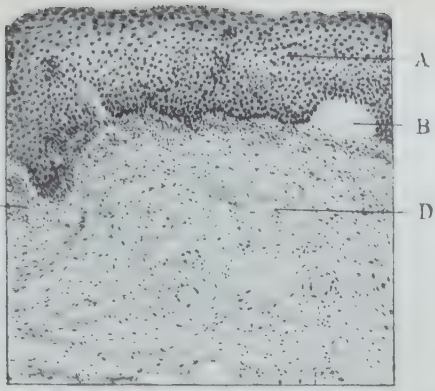


Fig. 1. — Kraurosis post-opératoire. Coupe d'un point correspondant à une plaque rouge (préparation de X. Bender).

A, Epithélium légèrement aminci, mais sans lésions bien manifestes; B, vaisseau sanguin dilaté enclavé dans l'épithélium dont il a refoulé la couche basale; C, infiltration leucocytaire sous-épithéliale, formant une nappe à peu près continue au-dessous de la couche basale; D, derme sclérosé et infiltré de leucocytes.

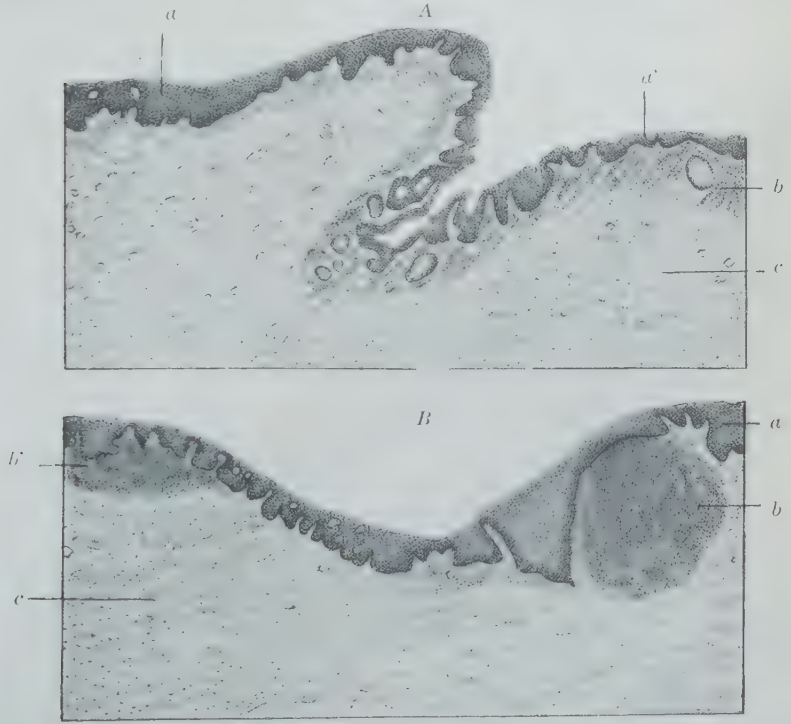


Fig. 2. — Kraurosis post-opératoire. Coupe d'un point correspondant à une plaque rouge brique (préparation de X. Bender).

Fig. A. — L'épithélium présente une épaisseur variable suivant les points considérés. En (*a*) le nombre des couches de cellules épithéliales est voisin de la normale; en (*a'*) ce nombre est, au contraire, très diminué. L'épithélium est aminci et le relief papillaire est à peine indiqué. Sous l'épithélium on trouve une infiltration leucocytaire abondante, formant une nappe à peu près continue (*b*). Le derme (*c*) est sclérosé; il contient des vaisseaux en assez grand nombre.

Fig. B — L'épithélium (*a*) présente la même disposition que dans la figure A. On trouve aussi la même infiltration leucocytaire disséminée, mais en deux points (*b*) et (*b'*), cette infiltration se condense sous la forme d'amas au contact immédiat de la couche génératrice de l'épithélium. Le derme et le tissu cellulaire sous-cutané (*c*) sont plus denses, plus lamelleux que dans la figure A. Les vaisseaux y sont aussi moins nombreux.

Kraurosis post-opératoire. Coupes histologiques.

In *Revue de Gynécol. et de Chir. abd.* (Juillet-Août 1906.)

ment plus fort qu'on peut se rendre compte que les cellules les plus superficielles sont plus kératinisées que normalement. Les cellules de la couche moyenne ne présentant rien de particulier. Quant aux cellules de la couche de Malpighi, leur ordination est fréquemment bouleversée par des amas d'infiltration leucocytaire, qui, provenant d'une nappe sous-épithéliale C, s'enfoncent plus ou moins profondément dans l'épaisseur de la couche épithéliale.

Immédiatement au-dessous du revêtement épithélial on trouve çà et là des vaisseaux à parois très minces, à cavité large et béante, remplie de globules sanguins. Ces vaisseaux s'encastrent pour ainsi dire dans l'épaisseur de la couche épithéliale B, si bien que, en certains points, il ne sont séparés de la superficie que par trois ou quatre couches de cellules pavimenteuses, ces points correspondant évidemment aux taches rougeâtres ou ecchymotiques constatatées à l'examen clinique.

Au niveau du derme D, les lésions se résument en une sclérose assez accentuée, donnant aux tissus sous-jacents à l'épithélium un aspect homogène, dense, parsemé çà et là de foyers d'infiltration embryonnaire. Les vaisseaux sont plus nombreux et présentent un calibre assez réduit.

Sur les coupes traitées par l'orcéine, ou constate que le processus de sclérose porte en grande partie sur les fibres élastiques. Celles-ci sont manifestement hyperplasiées. Au lieu de dessiner au-dessous de l'épithélium un fin réseau de fibrilles grêles, elles forment de gros faisceaux entrelacés, qui se condensent en une sorte de bordure au niveau de la face profonde de la couche de Malpighi. Dans la profondeur, les fibres élastiques dessinent un réseau à mailles irrégulières, englobant des îlots conjonctifs. Il existe une hyperplasie marquée de la charpente élastique des vaisseaux.

Symptomatologie.

Le kraurosis vulvæ post-opératoire est caractérisé tantôt par le simple rétrécissement de l'orifice du vagin avec atrophie des petites lèvres, tantôt par l'addition aux symptômes précédents de l'élément inflammatoire folliculaire ou vasculaire. Dans le premier cas, les malades ne se plaignent pas plus de leur sténose vestibulaire que de l'atrophie des petites lèvres; elles se sentent seulement, et pas toujours, un peu étroites; la sécheresse est également un des premiers symptômes qui frappent la malade; elle s'en aperçoit au moment des rapports et, selon l'expression de certaines malades, « ça grince ».

Dans le second cas, c'est-à-dire lorsqu'il survient des lésions de kraurosis vasculaire ou folliculaire, les symptômes prennent une intensité plus ou moins grande. Les malades se plaignent d'une sensation de cuisson pendant la miction, de grandes douleurs pendant le coït, du rétrécissement considérable de l'anneau vulvaire allant même jusqu'à la dyspareunie complète. Ce dernier symptôme ainsi que la sécheresse vulvaire sont les premiers en date. Il existe parfois un prurit assez intense au niveau des organes génitaux externes, augmentant fortement pendant la nuit.

En examinant les organes génitaux externes, on constate parfois que les poils de la région sont rares, cassants, diminués de longueur, grisonnants même

chez les malades jeunes encore. Les parties génitales sont sèches, lisses, brillantes. Les grandes lèvres sont assez souvent affaissées et n'offrent pas au toucher la fermeté et la consistance qu'elles ont normalement. Les nymphes sont très atrophiées, car c'est sur elles que porte surtout le processus kraurotique ; elles sont d'une couleur pâle, anémiée. Le capuchon du clitoris ne participe pas ordinairement à l'atrophie. Le méat urinaire est souvent rétréci et présente une muqueuse rouge éversée. A la face interne des petites lèvres et sur le pourtour de l'orifice vaginal, on constate des petits points ou des petites plaques rougeâtres ou couleur brique ou sépia, reliées entre elles par une sorte de traînées rougeâtres. On peut en rencontrer un petit nombre, 2 ou 3, ou encore 20 à 30 ; ces taches non saillantes, non ulcérées, ne disparaissent que sous une forte pression. Le changement d'aspect et de coloration correspond à des stades différents du même syndrome. Il faut noter également les points rouges dus à l'inflammation des follicules glandulaires qui occupent le vestibule de l'urètre ou l'entrée du vagin, et qui sont situés en cinq points principaux : sur la ligne médiane, entre le clitoris et le méat, de chaque côté du méat dans une dépression que l'on observe chez la plupart des femmes, et au niveau de l'orifice du canal des glandes de Bartholin. Cette topographie des follicules glandulaires enflammés est utile à connaître pour le traitement.

Après avoir écarté les grandes et les petites lèvres, on constate que l'orifice du vagin est rétréci, rigide, affectant fréquemment la forme de cœur de

carte à jouer, disposition qui a été signalée pour la première fois par Nonique. Quelquefois ce rétrécissement devient infundibuliforme, en forme d'entonnoir.

Enfin la commissure postérieure est rétractée et si l'on essaye de déprimer le périnée avec le doigt introduit dans le vagin, on sent comme une sorte de bride résistante qui est située dans le tissu cellulaire sous-cutané. Une déchirure large du périnée n'est pas un obstacle à la rétraction de l'orifice vulvaire.

Marche. Durée. Pronostic.

Après la castration ovarienne le kraurosis s'observe dans une proposition qui reste à fixer, mais on peut dire qu'il est d'observation courante.

Ce syndrome, quand il se déclare, survient assez rapidement, contrairement au kraurosis qui n'est pas provoqué par une opération, et cela s'explique, car dans ce dernier cas la fonction ovarienne n'est pas supprimée brusquement ni complètement.

Comme le disait Lawson Tait, cette affection est des plus ennuyeuses et des plus rebelles, ne comportant jamais une guérison spontanée. Le traitement médical et chirurgical même peut être suivi de récidive.

Les complications du kraurosis consistent en des fissures, ecchymoses, ulcérations.

Le kraurosis leucoplasique post-opératoire est assez rare ; nous l'avons observé une seule fois sur 41 cas.

Le kraurosis post-opératoire non leucoplasique a peu de tendance à se transformer en cancer.

Traitement.

Quelle que soit sa variété, leucoplasique, vasculaire ou folliculaire, le kraurosis relève d'un traitement médical dans la majorité des cas, d'un traitement chirurgical dans des conditions spéciales.

Le traitement médical consiste d'abord dans une grande propreté de la région vulvaire, dans les ablutions et injections adoucissantes à l'eau de pavot, de camomille, de tilleul.

S'il s'agit de kraurosis folliculaire, M. F. Jayle recommande, pour en avoir tiré de bons résultats, des cautérisations des points enflammés à la solution concentrée de permanganate de potasse, au moyen d'un fin stylet garni d'une très mince couche de coton, qu'on fait pénétrer dans les cryptes folliculaires, après l'avoir imbibé de cette solution antiseptique et légèrement caustique. Ainsi la dyspareunie est avantageusement modifiée.

On a également essayé les applications locales, sans grand succès, d'une foule d'autres médicaments : le sublimé (Orthmann), le lysol, la créoline (Mars), la formaline, l'ichtyol (Heller), la teinture d'iode, l'oxyde de zinc, l'oxyde jaune de mercure, l'acide chromique, le nitrate d'argent. Nous-même avons essayé la thiosinammine, qui ramollit le tissu scléreux, concurremment au massage, sans tirer des résultats appréciables.

Le kraurosis post-opératoire compliqué de syphilis pourrait peut-être profiter du traitement spécifique.

Si la dyspareunie est accentuée et si le traitement précédent est insuffisant, il faudra avoir recours aux méthodes sanglantes, qui, entre parenthèses tout en produisant une guérison rapide, ne mettent malheusement pas à l'abri de la récidive.

Breisky incisait en haut et en bas et laissait guérir l'incision. Je ne conçois pas bien ce procédé et ne puis admettre qu'on puisse impunément faire une incision en haut.

On devra donc donner la préférence à l'opération de Sims, qui consiste en la section du sphincter vaginal : on pratique deux incisions de chaque côté de la ligne médiane de 3 à 4 centimètres de profondeur ; la plaie losangique qui résulte de l'écartement des lèvres de chacune de ces incisions est suturée d'avant en arrière ; la vulve est ainsi élargie de toute la longueur de la plaie losangique.

Le kraurosis leucoplasique post-opératoire, qui, avons-nous dit, comporte la minorité des cas, est justiciable de l'excision des tissus atteints avec reconstitution autoplastique de l'orifice vaginal.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

(Observations inédites)

Les observations suivantes, dont le nombre s'élève à 44, ont été prises par nous sous la direction de M. le Dr JAYLE, à la consultation de la Clinique gynécologique de la Faculté (Professeur S. POZZI), à l'Hôpital Broca.

Observation I

Femme de 43 ans. Pas d'enfants, pas de fausses couches. Opérée il y a 6 ans à New-York (en 1899). Ovariotomie probable. Elle a des pertes blanches et jaunes, se plaint de douleurs dans les reins, les fosses iliaques et les cuisses.

Examen physique. — Rétrécissement de la vulve empêchant tout examen. Grande lèvre normale, petite lèvre inégale ; la lèvre gauche est plutôt peu allongée, la lèvre droite plutôt rétractée. *L'anneau vulvaire très étroit en forme de cœur* de 1 centimètre de large sur environ 1 cent. 1/2 de haut; on ne trouve pas trace d'hymen; la région vestibulaire est lisse, un peu blanchâtre; sur les parois latérales de la vulve et la fourchette, il existe du tissu *scléreux* parsemé de *petites taches hémorragiques*. L'examen est douloureux, non seulement à cause du rétrécissement, mais aussi à cause de la *sécheresse* de la région. A l'aide du doigt enduit de vaseline, on pénètre au fond du vagin. Le col est petit, avec une atrophie de la lèvre antérieure.

Avant l'opération qui date de 6 ans (la malade ayant été vue au service du docteur Pozzi le 6 juin 1905), *on lui faisait pendant 2 mois, 3 fois par semaine, des pansements au spéculum. Aujourd'hui il ne faudrait plus songer à l'introduction d'un spéculum.*

Observation II

Femme de 54 ans. Opérée en 1899 à la Salpêtrière par le docteur Terrillon, d'un kyste de l'ovaire du côté droit.

Vue à l'hôpital Broca le 9 septembre 1897. Elle présente des troubles nerveux dus à la ménopause.

Examen physique. — Vulve large, mais en *voie d'atrophie.* Légère colpocèle antérieure et postérieure. Le col de l'utérus est un peu bas, assez gros. On ne sent pas le corps qui, probablement, est en arrière.

Au spéculum, on voit que le col est à peu près normal. Quelques points rouges sur le col et autour du col.

Observation III

Femme de 28 ans. Un accouchement il y a 8 ans, normal, enfant vivant. Fausse couche de 3 mois, il y a 7 ans; infection puerpérale, pertes jaunes et rouges abondantes.

Depuis 7 ans, elle souffre de douleurs atroces dans le bas-ventre, dans les cuisses, les reins, l'anus ; pertes jaunes et vertes abondantes, règles irrégulières et douloureuses.

En décembre 1890, elle est opérée à Beaujon pour une salpingo-ovarite double.

Depuis l'opération. — Bouffées de chaleur, maux de tête fréquents et très intenses qui obligent parfois la malade à se coucher. Bon sommeil « même le jour ». Cauchemars assez fréquents, presque toutes les nuits. Mémoire affaiblie d'une façon gênante. Caractère instable; la malade est plus méchante, elle a des idées noires, des idées de suicide. Caractère changé, mais pas de crises de nerfs. Moins de forces ; la malade se sent toujours lasse. Pas de palpitations ni d'oppression. Amaigrissement. Seins affaissés. Pas d'éruptions sur la peau. Désirs vénériens moins fréquents. Pas de rapports. Bonne digestion. Pas de constipation. *Miction douloureuse.*

Examen physique fait à l'hôpital Broca, le 28 avril 1897, c'est-à-dire 7 ans après l'opération. — Vulve béante *atrophiée,* déchirée en arrière. Le cul-de-sac postérieur est à 6 cent. 1/2 de la vulve. Utérus un peu dévié à droite, atrophié : 1/3 de grandeur naturelle.

La malade se plaint beaucoup de picotements vaginaux continuels et bien douloureux depuis 4 ans, date de sa *syphilis.*

Observation IV

Femme de 29 ans. Souffrait beaucoup dans le ventre, les cuisses, les reins, l'anus. Elle avait des pertes blanches, jaunes, vertes, rouges. Règles irrégulières, très abondantes, douloureuses, d'une durée de 5 à 6 jours.

Castration ovarienne le 23 novembre 1891. — *Depuis l'opération*, les douleurs n'ont pas tout à fait disparu, elles sont néanmoins très atténuées, et la malade a pu reprendre ses occupations antérieures.

Phénomènes nouveaux. — Bouffées de chaleur seulement le jour au nombre de 2 ou 3. Maux de tête très fréquents et très intenses, qui obligent parfois la malade à se coucher. Peu de sommeil ; dès que la malade s'assoupit, elle se réveille en sursaut. Pas d'affaiblissement de la mémoire. Grande instabilité du caractère ; idées noires. La malade, qui avait des crises de nerfs avant l'opération, n'en a plus depuis. Diminution des forces. Pas de palpitations. Amaigrissement notable. Pas d'éruptions cutanées. Etat vénérien non modifié. Mauvaises digestions; pyrosis; peu d'appétit. Selles difficiles. *Brûlures à la miction.*

Malade revue le 15 avril 1906, 15 ans après l'opération. Les bouffées de chaleur ont disparu depuis 2 ou 3 ans. Les maux de tête ont augmenté. Irritable. Quelques crises de nerfs il y a 15 jours. Elle a engraissé et pèse 120 livres. Sensation de cuisson vulvaire.

Examen. — Grandes lèvres normales. Pas de décoloration des poils. Petites lèvres amincies; à gauche, elles mesurent environ 4 centimètres de long sur 2 ou 3 millimètres dans la moitié postérieure, la moitié antérieure *étant réduite à un tractus;* à droite, la petite lèvre mesure, jusqu'au clitoris, 4 bons centimètres ; elle est haute de 1 centimètre à sa partie moyenne. Capuchon et clitoris normaux. Un peu de pâleur de la muqueuse vestibulaire ; un peu de rougeur de tout le pourtour de l'orifice vaginal et une *tendance à la rétraction.* Col utérin petit; vagin un peu court. Col de 1 centimètre de diamètre environ, encadré de brides latérales. Le tampon ramène du pus. *Symptômes fonctionnels.* — Coït non douloureux. Depuis un an environ, elle a une sensation de

cuisson qu'elle n'avait pas autrefois. Pendant plusieurs années, elle s'est plainte de douleurs en urinant, douleurs disparues.

Observation V

Femme de 23 ans. Règles à 13 ans, régulières. Pas d'enfant. Pas de fausses couches. Depuis 1 an, ses règles sont très abondantes et avancent de quelques jours. Depuis 1 mois, elle perd continuellement en rouge avec caillots : elle se plaint de douleurs abdominales avec irradiations dans la région lombaire et dans les cuisses.

Examen. — Utérus très gros, dévié à droite; col volumineux avec orifice intact, dur et proéminent, il présente une plaie de quelques millimètres. Myome probable.

Le 14 novembre 1906, hystérectomie abdominable subtotale. Myome. Adhérences épiploïques nombreuses.

Le 30 octobre 1907, la malade déclare souffrir beaucoup. En mars, elle a eu une crise douloureuse qui a duré une huitaine. Douleurs localisées surtout à droite dans la région ovarienne. Le calme est revenu jusqu'il y a 8 jours, lorsqu'une nouvelle crise semblable est survenue. Les douleurs s'irradient dans la région lombaire et disparaissent en partie par le repos. Depuis 3 mois la malade perd en blanc.

Aussitôt après son opération, la malade a commencé à avoir des bouffées de chaleur. Elle déclare être devenue irritable, mauvaise. Elle a moins de mémoire. Le goût est altéré. Elle a parfois des idées noires. Les forces ont diminué.

La malade déclare que *l'orifice vulvaire s'est rétréci*, violemment, à droite; ce rétrécissement a commencé il y a 6 mois. Les rapports, pour cette raison, tendent à devenir douloureux.

Observation VI

Femme de 64 ans, opérée dans le service du professeur Pozzi, le 30 juillet 1901. (Hystérectomie abdominale totale pour kyste et fibrome.) Vue de nouveau le 9 novembre 1905.

Examen. — Grandes lèvres peu atrophiées; système pileux

grisonnant : *petites lèvres un peu atrophiées*, la gauche plus que la droite ; *orifice vulvaire sec et pâle, présentant sur tout le pourtour des points rougeâtres* ne disparaissant point à la pression, dont le plus accentué est au niveau d'une caroncule à gauche. Entre les points rougeâtres, quelques fines *arborisations vasculaires sous-muqueuses*. Sur la naissance du vagin au-dessus de l'urètre, une petite bande longue de 1 centimètre, large de 2 millimètres, de même aspect rougeâtre. La muqueuse intermédiaire aux plaques rougeâtres est pâle. En déprimant le fond du vagin avec 2 valves, on constate qu'il est beaucoup plus dilatable que l'orifice vulvaire. A la partie supérieure du vagin, on relève la présence de quelques *arborisations vasculaires*. Sur la muqueuse vaginale, en avant surtout et à la partie moyenne, on constate l'existence de petites taches rapprochées, arrondies, en tête d'épingle, rappelant comme forme, couleur, disposition, l'aspect saumoné d'une truite. En écartant les deux parois antérieure et postérieure, on aperçoit quelques arborisations vasculaires, sur la paroi latérale du vagin, près de l'orifice vulvaire. Ces arborisations se continuent avec les plaques rougeâtres, mentionnées tout à l'heure, à gauche, principalement au niveau des caroncules.

Observation VII

Femme de 40 ans. Opérée le 4 avril 1892. Hystéropéxie, ablation des annexes (ovaire sclérokystique et salpingite). La malade avait eu 5 enfants, le dernier 17 mois avant l'opération. La malade ressentait avant l'opération des douleurs dans le ventre, les cuisses, les reins, douleurs très vives, remontant à la formation. Ces douleurs atteignaient leur maximum avant et après les règles. Avant son opération, ses règles ont été régulières ; depuis l'opération, plus de règles.

Reste après l'opération 5 ou 6 ans sans souffrir. Puis, peu à peu, les douleurs ont reparu, et actuellement, depuis 3 ou 4 ans, la malade éprouve les mêmes douleurs qu'avant l'opération, sauf que la partie supérieure du ventre n'est plus douloureuse.

Pas de pertes après l'opération.

Bouffées de chaleur qui donnent encore des battements de cœur très accentués, jusqu'à il y a 2 ou 3 ans. Se trouvant mal de temps en temps, les bouffées de chaleur s'accompagnent de sueur. Ne se rappelle pas en avoir eu avant l'opération. Avant l'intervention, elle avait de l'irritabilité du caractère qui a augmenté, même pendant qu'elle ne souffrait pas. Mémoire toujours mauvaise; les absences ont augmenté depuis l'intervention. Idées noires depuis longtemps, surtout depuis 2 ans. Asthénie neuro-musculaire, existant déjà avant, n'a fait qu'augmenter depuis l'opération.

Examen local, fait 13 ans après l'opération, le 28 décembre 1905. — Vulve rétrécie, anneau vulvaire blanchâtre avec quelques points rouges à droite et à gauche, sec. Vaginisme. Utérus petit resté en avant, ne paraît pas avoir un volume supérieur à celui de l'index. Au spéculum, on trouve l'orifice du col petit, à gauche de la ligne médiane. Les parois vaginales présentent à leur partie supérieure des points rouges, indice de vaginite chronique hémorragique.

Observation VIII

Femme de 38 ans. A eu un enfant qui a 15 ans 1/2. Réglée à 16 ans, régulièrement au début, puis elle restait souvent 3 ou 4 mois sans rien voir, pas douloureuse.

A été opérée à Marseille, le 27 août 1904, pour une salpingite double. Elle est examinée à l'hôpital Broca le 10 juillet 1906.

Depuis son opération, a eu des bouffées de chaleur assez abondantes.

Diagnostic. — Kraurosis post-opératoire. Variété vasculaire. Rétrécissement de la vulve et du vagin. L'utérus paraît encore de volume normal. Un tampon placé pendant 24 heures a permis de recueillir du pus jaune verdâtre.

Observation IX

Femme de 37 ans. Réglée à 16 ans ; règles mensuelles très douloureuses, noirâtres, peu abondantes, durant 2 jours. Pas

d'enfants. Opérée dans le service de M. le professeur Pozzi, par M. Jayle, il y a 1 an 1/2, le 8 janvier 1904. Ablation bilatérale des annexes. Guérison sans drainage. Suites très simples.

Elle vient consulter pour douleurs sourdes dans l'abdomen, *impossibilité du coït* à cause des douleurs.

Bouffées de chaleur avec sueurs, 2 ou 3 jours par semaine. Idées noires. Tristesse qui commençait déjà avant l'opération. Pas de diminution de la mémoire. Asthénie neuro-musculaire. Besoin de sommeil.

Examen physique. — Système pileux non décoloré, moins fourni. Grandes lèvres normales. *Petites lèvres très courtes*, mesurant environ 1 cent. 1/2 du clitoris à leur terminaison, sur 4 millimètres de haut à gauche et 5 à 6 à droite. Clitoris et capuchon normaux. Aspect pâle, anémique du vestibule. Tout autour de l'anneau vulvaire, teinte brique légère diffuse, sans grande accentuation en aucun point. Méat normal. Orifice vulvaire *en forme de cœur* de cartes à jouer, mesure environ 1 cent. 1/2 de diamètre. Muqueuse vaginale d'aspect pâle.

De tout temps, difficulté de rapports. Depuis *l'opération*, *impossibilité de rapports*. La malade se plaint de prurit vulvaire depuis 9 à 10 mois. Ce prurit l'engage à se laver à l'eau chaude et ensuite elle a des sensations de *cuisson*. Pas d'excitation génésique. *Muqueuse sèche* dont les caractères se rapprochent beaucoup de la peau. *L'introduction de l'index est très douloureuse sans vaseline*, beaucoup moins avec vaseline.

Au toucher, on trouve le col petit, déjeté à droite, en rétroposition, on ne sent pas le corps utérin. Le toucher détermine une sensation de cuisson. Jamais de sensation de tension vulvaire.

Au spéculum, col petit, orifice arrondi, portant à la partie droite et postérieure de petites *arborisations vasculaires*, tellement rapprochées de l'épithélium qu'en essuyant le col avec un tampon, ce dernier se charge d'un peu de sang. Un stylet pénètre dans le col à 2 centimètres et détermine une assez vive douleur.

D'une façon générale, le vagin est un peu rétréci, sans grande modification cependant.

Poids de la malade : 122 livres.

Observation X

Femme de 32 ans. Opérée dans le service de M. le professeur Pozzi, le 26 novembre 1903, d'une hystérectomie subtotale. Ablation bilatérale des annexes, pour salpingite suppurée double, avec ovarite aiguë. Revient le 30 août 1905, pour pertes jaunes et douleurs abdominales. Elle a toujours perdu depuis son opération. Douleurs dans la fosse iliaque gauche, douleurs dans les reins, les cuisses.

Bouffées de chaleur avec sueurs très fréquentes, jusqu'il y a 3 mois. Changement de caractère, neurasthénie, diminution de la mémoire, forces peu considérables, mais la malade pendant sa maladie n'en avait pas beaucoup. Depuis son intervention se plaint de douleurs du côté gauche et de pertes purulentes.

Examen physique. — La cicatrice ne dépasse la ligne supérieure des poils que de 4 centimètres; pas d'éventration au niveau de la cicatrice.

Il existe une dépression du périnée, avec début de cystocèle antérieure et postérieure.

L'orifice vulvaire présente une sécheresse dont se plaint d'ailleurs la malade. Les grandes lèvres sont normales, garnies de poils normaux. *Les petites lèvres* sont un peu *pâles.* La région de l'urètre, le clitoris, la fourchette sont pâles *et d'une façon générale l'aspect est sénile.* Sur la zone vestibulaire et l'hymen, on aperçoit des *placards* irréguliers *rougeâtres*, avec des points couleur sépia, très irréguliers, d'une étendue d'une pièce de 50 centimes; ces placards ne pénètrent pas dans le vagin.

La pression est douloureuse sur toute l'étendue de l'orifice vulvaire. *Coït douloureux*, depuis 2 ou 3 mois. Impression de *sécheresse;* au toucher, la muqueuse adhère au doigt. La muqueuse vaginale n'est pas malade. Le col présente un orifice enflammé, comme de la métrite cervicale suppurée, avec ectropion aux deux lèvres. La muqueuse vaginale est un peu rouge, mais on n'y voit pas de placards comme à l'entrée de la vulve.

Observation XI

Femme de 28 ans. Réglée à 17 ans ; règles douloureuses. Vient pour des douleurs abdominales et des pertes blanches, depuis plusieurs années. Douleurs dans les fosses iliaques, les reins, les cuisses. Un accouchement il y a 9 ans. Opérée dans le service de gynécologie de l'hôpital Broca, le 23 novembre 1905, pour pyosalpinx double. Hystérectomie abdominale subtotale. Revue dans le service le 26 mars 1906. Les douleurs des reins ont persisté. Grande constipation, anorexie. Métrite du col, pertes blanchâtres abondantes. Polype du méat. *Début de kraurosis.*

Observation XII

Femme de 29 ans. Réglée à 13 ans; règles douloureuses. 3 enfants, dont 2 vivants. Salpingite suppurée double. Ablation des annexes. Vient au service le 9 janvier 1906, deux ans après l'opération.

Examen physique. — Grandes lèvres normales, petites lèvres normales. *Orifice vulvaire rétréci* un peu blanchâtre. Au niveau de la fourchette, *arborisations vasculaires.* Autour du méat, taches de couleur truitée ; sur la partie droite de l'anneau vulvaire, à la face externe des caroncules rétractées, on trouve de petites *taches truitées* de dimension d'une lentille. Les lésions sont nettement antéhyménéales.

L'utérus est en antéversion ; il existe toujours un peu de métrite. Col un peu gros, très largement ouvert.

Si la malade marche, elle souffre au niveau de la vulve d'une sensation de *cuisson* et de *sécheresse*. La malade n'a pas la sensation que l'orifice se rétracte.

Le 21 mars 1906, les lésions présentent à peu près le même aspect que précédemment, mais un peu plus d'arborisations vasculaires.

Observation XIII

Femme de 25 ans. Réglée à 13 ans régulièrement, mariée à 17 ans. Fausse couche, un an après (de 5 mois), il y a 7 ans.

Dernières règles auraient dû cesser, il y a 11 jours, mais elles durent encore. La malade perd tous les jours en jaune, surtout depuis son opération il y a 5 ans. Douleurs des reins et des flancs ; pas dans les cuisses.

Opérée il y a 5 ans à Bichat, pour salpingite double. Vue dans le service de M. le professeur Pozzi, le 3 avril 1906.

Examen. — Cicatrice de gomme *syphilitique* de la face postérieure de la cuisse droite. Eventration. Ptose utérine, avec flexion légère ; utérus fibromateux, plurilobulé.

Début de kraurosis. — Sensation de *sécheresse* et *resserrement* de la vulve avec *prurit*.

Observation XIV

Femme de 36 ans. Réglée à 9 ans, régulièrement. Mariée à 20 ans ; 3 enfants, bons accouchements ; le dernier en 1894 ; fausse couche de 5 semaines en 1895 ; curetée à Saint-Louis. Laparotomie, ablation bilatérale des annexes en 1900, par M. Pozzi.

Elle vient le 3 avril 1906, pour des douleurs des reins et les 2 cuisses depuis 3 semaines surtout et des pertes jaunâtres.

Depuis l'opération, pas de bouffées de chaleur. Sueurs froides. Irritabilité. Idées noires. Perte de la mémoire. Crises de nerfs.

Lésions accentuées de kraurosis. Démangeaisons et sensibilité de la vulve. Rapports impossibles. — Système pileux normal. Grandes lèvres peu épaissies. Au niveau du bord libre des grandes lèvres, l'épiderme est un peu épaissi. Petites lèvres rétractées, leur bord inférieur ne dépasse guère le niveau du méat. Clitoris normal ; capuchon à peu près normal. L'orifice vaginal est assez large et mesure 2 centimètres de diamètre. Tout au pourtour de l'anneau vulvaire, il existe des taches rouge brique ou rougeâtres, un peu plus marquées à gauche qu'à droite. *A droite et à gauche de l'orifice du méat*, qui est lui-même un peu rouge, *existent deux placards*, correspondant aux *deux petites dépressions*, orifice des glandes de Squarey. L'introduction dans l'orifice de cette dépression d'un petit stylet détermine une douleur excessive. L'attouchement de toutes ces parties est

excessivement douloureux. Il semble, d'autre part, que sur les parties latérales le maximum des lésions correspond à l'embouchure des canaux des *glandes de Bartholin*. Les vestiges de l'hymen sont très rudimentaires. La partie inférieure du vagin présente quelques toutes petites taches miliaires rouge brique.

On ne peut pas toucher la malade sans mettre de la vaseline.

La malade n'a plus ni trompes, ni ovaires, ni utérus. On ne sent que le col, qui est excessivement atrophié. Au spéculum (petit Cusco conique), on voit que le col est tout atrophié ; il persiste cependant un orifice assez large (environ 3 millimètres), dont les lèvres sont recouvertes d'une muqueuse d'aspect blanchâtre, avec de petites taches rougeâtres. Toute la muqueuse vaginale présente cet aspect blanc rosâtre. Il n'existe plus de culs-de-sac vaginaux. Dans l'orifice du col, on fait pénétrer, un demi-centimètre, l'hystéromètre, sans déterminer aucune douleur. Comme profondeur, le vagin n'est pas diminué du tout. Comme largeur, il est normal. La seule modification consiste donc dans la disparition complète du cul-de-sac antérieur, presque complète des autres culs-de-sac, et dans l'aspect de la muqueuse qui est rosâtre, blanchâtre, avec un petit piqueté rouge brique. L'ensemble des lésions, étant plus marqué au fond du vagin, surtout au point de vue de la coloration blanchâtre.

Symptômes fonctionnels : *Prurit excessif*, surtout depuis 6 mois, sans excitation vénérienne. Pas de rapports.

Observation XV

Femme de 27 ans. Pas d'enfants. Pas de fausses couches. A eu une salpingite, il y a 6 mois. Opérée à Tenon le 29 octobre 1905, ablation des annexes à droite et appendicectomie. Vue à l'hôpital Broca le 13 avril 1906. Règles avant son opération, régulières, pas abondantes, sans caillots, durant 5 jours. Règles supprimées depuis son opération. Ne perd pas actuellement, ni sang, ni en jaune, ni en vert, ni en blanc. Souffre dans le bas-ventre ; pas dans les côtes, dans les reins ; pas dans les cuisses. Douleurs non continues ; disparaissent par le repos au lit ;

douleurs sourdes. Elle présente tous les symptômes de l'insuffisance ovarienne.

Examen physique. — Grandes et petites lèvres, sans changement. Petites lèvres 4 centimètres de long, sur un peu plus de 1 centimètre de hauteur de leur face externe, à la partie moyenne. En écartant les petites lèvres, on voit toute la région vestibulaire rouge, avec de nombreux points de couleur truitée. Le maximum des lésions est dans les fossettes para-urétrales, elles se continuent sur tout le pourtour de l'anneau vulvaire, excepté sur une étendue de 1 centimètre au niveau de la fourchette, à l'endroit où l'hymen est déchiré, et où il existe une petite zone cicatricielle. A noter entre le méat et le clitoris, sur la ligne médiane, un petit groupe de petites taches rougeâtres, comme des pointes d'aiguille, répondant environ au milieu de la distance entre le méat et le clitoris. Méat un peu rouge. Pas de lésions du vagin. Au spéculum on voit la cicatrice de l'hystérectomie, ne présentant aucune particularité. Éventration au niveau de la cicatrice abdominale.

La malade urine 2 à 3 fois par jour. Urines extrêmement claires, sans aucun dépôt.

Coït impossible. Sensation de *démangeaisons*, avec, par moments, quelques petites *cuissons*.

Au toucher pratiqué avec un stylet, on trouve de la sensibilité de la surface interne des petites lèvres, et une hypersensibilité au niveau des points rouges.

Observation XVI

Femme de 40 ans. Réglée à 15 ans. Pas d'enfants, pas de fausse couche. Réglée régulièrement, sans douleurs. Durée 4 jours. Après avoir eu des rapports sexuels les règles ont augmenté. Elle a eu 2 retards à ce moment-là, et on lui a fait 2 curettages, à 18 mois d'intervalle; elle perdait des caillots. Néanmoins elle a continué à perdre, et elle finit par se faire opérer en 1897 par le Dr Legueu. Elle a en effet une cicatrice d'hystérectomie vaginale.

Deux ans après l'opération, elle présente des signes d'insuf-

fisance ovarienne. Bouffées de chaleur pendant un an (2 ou 3 fois par jour), sans sueurs. Amaigrissement. Tristesses. Douleurs des membres.

Dix ans après l'opération, c'est-à-dire le 24 juin 1907, elle est examinée dans le service du professeur Pozzi.

Plus de bouffées de chaleur. Insomnies depuis 2 ans. Tristesses. Lassitude depuis les insomnies.

La maladie vient surtout pour dyspareunie qui existe depuis 2 ans; on observe un *rétrécissement* de l'orifice vaginal : un peu d'*atrophie* des petites lèvres. *Couleur blanc jaunâtre* de la muqueuse, avec quelques *points rouges* (*aspect de la vulve d'une femme de 55 à 60 ans*).

Au spéculum, on constate des points rouges jusqu'au fond du vagin. La cicatrice vaginale est souple, avec les 2 culs-de-sac latéraux ; rien dans le pelvis.

Observation XVII

Femme de 33 ans. Mariée à 15 ans. 6 enfants. Le dernier accouchement était suivi de pertes rouges pendant 3 jours. Pas de fausses couches. Depuis le premier accouchement, elle perd en blanc et les pertes sont survenues brusquement. Jeune fille, elle n'a jamais eu de pertes.

Elle est réglée à 13 ans. Règles irrégulières, sans douleurs, avec caillots, durant 10 à 15 jours.

A la suite de la dernière couche, elle a subi, le 28 juillet 1905, une hystérectomie subtotale, avec ablation des annexes, à l'hôpital Broca, opération pratiquée par M. Proust.

Depuis l'opération, elle a des bouffées de chaleur 3 à 4 fois par jour, et toujours des poussées de sang à la tête. Cauchemars. Elle est devenue nerveuse. Sa mémoire est diminuée considérablement, ses forces aussi. Elle a maigri.

Examen physique le 11 novembre 1907. — Petite plaque rougeâtre au pourtour du méat. Orifice vaginal *rétréci ;* la malade se plaint que les *rapports* deviennent de plus en plus *douloureux.* Introduction d'un petit spéculum : col rouge avec une petite exulcération sur la lèvre antérieure. Rien dans le pelvis.

Observation XVIII

Femme de 29 ans. Père mort éthylique à 40 ans. Mère morte à 40 ans aussi, d'une maladie du cœur. Étant enfant, la malade a eu la coqueluche, la rougeole, le rhumatisme articulaire aigu. Réglée à 14 ans : règles très douloureuses, durant 4 à 5 jours, très peu abondantes. Elle était forcée de garder le lit. L'hiver elles étaient plus douloureuses et même elles manquaient pendant 2 à 5 mois.

A 25 ans, elle a eu un enfant, après 8 mois de grossesse. Elle a beaucoup souffert pendant cette grossesse. L'enfant se porte assez bien.

Pendant sa grossesse elle a eu 2 dilatations forcées de l'anus, l'une à 2 mois, et l'autre à 2 mois 1/2, pour fissure anale. Après l'accouchement, qui s'est fait normalement, elle a commencé à ressentir les douleurs très fortes dans le ventre, en même temps qu'elle perdait en jaune et parfois rouge marron.

Trois mois après son accouchement, elle est allée se faire soigner à Lariboisière, pour salpingite. Elle y est restée pendant 6 mois aux pansements. Elle est ensuite allée à Necker, où on a continué les pansements, et on lui a fait des instillations dans la vessie pour une cystite. Elle a continué quelques pansements chez elle ou dans les hôpitaux, sans grande amélioration, jusqu'à ce qu'elle soit entrée à l'hôpital Broca.

Il y a un an (le 14 février 1907), M. le professeur Pozzi lui enleva l'ovaire gauche et 3/4 de l'ovaire droit; elle voulait avoir encore un enfant. Deux mois après, elle a été opérée par M. Dartigues, qui lui a fait une hystérectomie abdominale totale, en lui enlevant les trompes et 2 petits kystes de l'ovaire. 2 mois après, elle était complètement guérie de son opération.

Le 29 février 1908, elle revient au service : elle se plaint encore de douleurs dans le côté gauche et au niveau de sa cicatrice, surtout depuis une toux qu'elle a eue très forte. Douleur également dans l'articulation de la hanche gauche. Elle ne perd plus rien depuis sa dernière opération. Elle a des bouffées de chaleur et accuse un état neurasthénique très accentué, surtout depuis qu'on lui a diagnostiqué un ulcère d'estomac.

Examen. — Lorsqu'elle est debout, on sent, dans la partie inférieure de sa cicatrice, un peu d'éventration. Le méat est rouge. La vulve commence à avoir une couleur rouge jaunâtre, avec des petites *taches rouges*, surtout dans les conduits excréteurs des glandes de Bartholin.

L'orifice vaginal commence à se *rétrécir*. Les *rapports* conjugaux sont *très douloureux*. L'entrée du vagin paraît mise à vif. Les *sécrétions sont peu abondantes;* à cause de cette sécheresse, elle est obligée d'enduire au préalable la vulve et le vagin de vaseline. Au toucher vaginal, on sent dans ce qui était le cul-de-sac latéral droit une petite bride très douloureuse.

Observation XIX

Femme de 29 ans. Étant enfant a eu la rougeole, le croup, de la chloro-anémie, une bronchite chronique. Il y a 3 mois a eu une pleurésie, a été ponctionnée dans le service de M. Vidal.

Elle a été opérée à Rouen en 1901 par M. de Roques : hystérectomie totale pour annexite suppurée.

Troubles d'insuffisance ovarienne. Malade très anémiée et dans de mauvaises conditions physiologiques. Elle a engraissé après son opération, puis elle a maigri. Bouffées de chaleur 3 à 4 mois après l'opération, plusieurs fois dans la journée, accompagnées de sueurs abondantes. Crises de sueurs en dehors de ces bouffées. Depuis 6 mois ces derniers symptômes commencent à s'amender. La mémoire a beaucoup baissé, la vue également; insomnies; maux de tête; irritabilité alternant avec apathie; surdité intermittente.

Examen physique. — Vulve rétrécie. Sensation de sécheresse, brûlures; rapports très douloureux; brûlures à la miction. Pas de désir sexuel.

Observation XX

Femme de 31 ans. Père mort de cirrhose à 49 ans. Mère, un frère, une sœur vivants. La malade a eu la fièvre typhoïde à 10 ans; à 13 ans, la chorée pendant 3 ans.

Réglée à 17 ans (5 ou 6 mois après l'apparition des règles, disparition de sa chorée) ; réglée régulièrement tous les 20 jours, très abondamment, 4 serviettes par jour, avec caillots, sans douleurs ; durée des règles, 12 à 13 jours. Mariée à 30 ans, en janvier 1907. Opérée à Necker par M. Le Dentu en 1900 pour un kyste de l'ovaire ; ablation de l'ovaire droit. Bien rétablie ; elle eut ses règles un mois après son opération. Réopérée à Necker pour une éventration en 1901. Bien rétablie. Règles normales. En 1902, opérée à Tenon pour appendicite dans le service de M. Beurnier, on lui fit une appendicectomie et une ablation de l'ovaire gauche qu'on trouva malade à l'opération.

Vient à la consultation de gynécologie de l'hôpital Broca le 4 juin 1908. La malade se plaint de souffrir depuis la dernière intervention du côté droit du ventre, par crises assez violentes et espacées. La malade est constipée. A la sortie de l'hôpital, elle a engraissé de 7 livres ; depuis elle se maintient dans le même état. Elle se plaint d'une boule qui l'étouffe. Elle a eu depuis les dernières opérations quelques hématémèses ; soignée par des lavages et un régime, ces hématémèses cessèrent pendant 4 ans environ. Elles reviennent depuis le mois de janvier, tous les 15 jours à 3 semaines. Elle rend du sang vif, avec quelques petits caillots (cette périodicité des hématémèses fait penser à des règles supplémentaires).

Pas de bouffées de chaleur ni de crises de sueurs ; la mémoire a baissé depuis la dernière opération. Elle a toujours été très myope. Irritabilité très grande ; crises nerveuses. Pas d'idées noires. Insomnies ; pas de cauchemars. Céphalées continuelles, au point de la réveiller pendant la nuit. Sa capacité au travail n'a pas diminué.

Le désir sexuel a diminué après sa dernière intervention, mais n'a pas disparu. Elle éprouve du plaisir, bien que moins qu'autrefois. Les rapports ne furent pas douloureux immédiatement après son opération. Depuis 3 semaines *ses rapports* ont commencé à devenir *douloureux*, et ils le sont de plus en plus, au point de la faire crier. Elle ne s'est pas aperçue de sécheresse vulvaire. *Vulve rétrécie et atrophiée ;* quelques points rouges douloureux.

Observation XXI

Femme de 32 ans. Père vivant. Mère morte à 74 ans, 5 frères et sœurs vivants. Étant enfant elle a eu la rougeole. Réglée à 20 ans, au lendemain de son mariage; règles irrégulières, retardantes de 8 à 15 jours, très peu abondantes, durant un jour, sans caillots, très douloureuses. Première grossesse à terme à 21 ans; enfant mort à 3 ans du croup. Déchirure du périnée, soignée à Baudelocque. Deuxième grossesse à terme à 24 ans; enfant vivant; grossesse compliquée de vomissements tenaces et abondants. Métrite à la suite de cette grossesse. La malade a subi une hystérectomie en 1903 à l'hôpital de la Pitié, opération pratiquée par M. Alglave.

Elle vient au service de gynécologie de l'hôpital Broca le 31 juillet 1908, pour des pertes blanches et des mictions douloureuses.

La malade a maigri depuis son opération de 26 livres. A beaucoup souffert avant l'opération; ces douleurs ont disparu, sauf qu'aux moments correspondants à ses époques menstruelles elle souffrait encore du ventre, pendant plusieurs années. Depuis une année seulement elle ne ressent plus rien, à ce point de vue. Elle a continué à avoir des pertes blanches et jaunes, de temps en temps, mais moins qu'auparavant. Bouffées de chaleur très nombreuses, le jour et la nuit, dès sa sortie de l'hôpital, accompagnées de crises de sueurs. Depuis un an, elles ont diminué, ne reviennent plus qu'une ou deux fois par mois. Quelques migraines, mais elle en souffrait déjà avant l'opération. Irritabilité de caractère; idées noires immédiatement après l'opération, maximum il y a deux ans; elle a subi un traitement et actuellement elle n'en a plus. Asthénie neuro-musculaire marquée qui va en augmentant. Insomnie de temps en temps; cauchemars. Vue ni ouïe n'ont baissé. Au point de vue sexuel, le désir s'est atténué légèrement, et elle éprouve encore du plaisir, quoique moins qu'autrefois. N'éprouve pas de sensation de sécheresse vulvaire.

Examen physique. — Sur la petite lèvre gauche, une petite

surface blanchâtre et grenue, des dimensions d'une lentille, qui doit être une plaque de *leucoplasie*. Il existe quelques *points rouges*, particulièrement au niveau des orifices *des glandes de Bartholin* et du méat (partie postérieure). La malade n'a pas de sensation de constriction vulvaire, bien qu'elle existe, mais non marquée encore, la malade ayant eu deux enfants.

Toucher. — A l'examen du pelvis, on trouve un col très petit, déjeté à gauche. A droite il existe un peu d'empâtement, sans qu'il soit possible de dire s'il s'agit d'un ovaire laissé en place ou d'une anse intestinale un peu adhérente. C'est là qu'elle souffre. La malade dit qu'on lui a enlevé les deux ovaires et que le droit était le plus malade.

Le col ne présente pas d'ulcération.

La malade a été opérée pour salpingo-ovarite. Cicatrice abdominale très bonne.

Observation XXII (publiée *in kraurosis*. M. Jayle.)

Femme de 53 ans ayant subi une hystérectomie abdominale subtotale, avec ablation bilatérale des annexes, le 1er décembre 1904, par M. le professeur Pozzi. Malade revue le 21 mars 1908.

Col petit, douloureux, avec pericervicite surtout à gauche. Une bride vaginale à gauche, cachant un peu le col, avec plaque rouge sur son bord.

Bonne cicatrice abdominale : quelques 3-4 petits points noirs saillants, gros comme des têtes d'épingle, apparus à ce niveau il y a quelques mois.

Le vitiligo constaté il y a 2 ans, a augmenté dans une certaine mesure.

Quant au *kraurosis*, quelques points de *folliculite* ont disparu, mais le *resserrement de la vulve* est plus *prononcé*.

La malade présente tous les symptômes de l'insuffisance ovarienne.

Observation XXIII

Femme de 36 ans. Opérée par M. Pozzi le 21 octobre 1904. Ablation *unilatérale* droite des annexes et ablation seule de la

trompe gauche. La malade souffrait beaucoup dans le ventre depuis 11 ans, et surtout dans le côté droit. Elle était mal réglée, ayant fréquemment des retards de 4 à 5 mois. Règles durant 8 à 10 jours, très abondantes, peu douloureuses. Pertes blanches très légères. Pas d'enfants, pas de fausses couches.

Revue au service le 27 mars 1908. Depuis l'opération : pendant l'année qui a suivi l'opération, elle a été très bien, n'ayant plus du tout de douleurs. Elle a continué à voir ses règles assez régulièrement, durant 8 jours, abondantes et légèrement douloureuses. Puis les règles se sont arrêtées 4 à 5 mois et ensuite tout revient régulièrement comme avant.

Depuis le mois de novembre dernier, elle a des métrorragies continuelles qui se sont arrêtées seulement il y a une quinzaine de jours ; elle a aussi depuis ce moment des pertes blanches très abondantes.

En même temps les douleurs sont revenues ; la malade souffre dans le ventre, mais surtout dans le côté gauche. Elle a aussi des douleurs dans les reins. La malade est très constipée et elle a fréquemment des hémorragies rectales au moment des selles. Troubles gastriques, hyperchlorhydrie.

Pas de douleur à la miction, mais les urines sont souvent troubles et épaisses.

Depuis l'opération : bouffées de chaleur qui se reproduisent à chaque instant. Depuis 5 à 6 mois, la malade transpire abondamment, elle a des sueurs froides qui la laissent glacée. Changement de caractère ; malade devenue très irritable, très nerveuse depuis l'opération. Diminution très forte de la mémoire. Asthénie. Diminution des désirs sexuels, qui n'ont pas cependant complètement disparu.

Examen. — Utérus en rétroposition. A gauche, on sent une petite grosseur, du volume d'une amande, douloureuse. L'utérus est porté à droite.

La malade se plaint de *sécheresse* de la vulve, bien qu'il n'y ait pas de modifications physiques.

Observation XXIV

Femme de 39 ans. Opérée le 21 août 1895 par M. Guinard. Laparotomie. Ablation de l'ovaire droit. Réopérée le 10 avril 1896 par M. Legueu. Laparotomie. Ablation de l'ovaire gauche.

Le 27 mars 1908 examinée à l'hôpital Broca. Orifice vulvaire rétréci. Petites lèvres de petites dimensions. Rougeur de l'orifice vulvaire. Un peu de rougeur du méat. Brides dans le fond du vagin. Col petit atrophié. On ne sent pas l'utérus. Symptômes d'insuffisance ovarienne. Rapports conjugaux impossibles parce que douloureux. La malade s'est aperçue de *la sécheresse* de la vulve *un an après l'opération*, sécheresse qui persiste toujours.

Observation XXV

Femme de 36 ans. Opérée en 1902 par M. Schwartz, à Cochin. Hystérectomie subtotale et ablation bilatérale des ovaires pour fibrome.

Vient au service de gynécologie de l'hôpital Broca le 10 avril 1908. La malade se plaint de rapports douloureux depuis l'opération, de sensation de sécheresse et de rétrécissement à la vulve.

Examen. — Aspect scléreux de la vulve avec taches rouges et rougeurs du méat, le tout en petite quantité.

Appréciation. — La malade qui est infirmière s'observe très bien. Pendant 6 mois après l'opération, elle a eu de véritables obsessions génésiques, puis ces obsessions ont passé ; elle est comme avant. Ne souffre pendant les rapports qu'au moment de l'entrée et au début, selon l'expression de la malade : *ça grince.*

Comme elle a été opérée pour une maladie qui a peu duré, elle peut donner son opinion précise du changement opéré après l'intervention ; elle se trouve très changée au point de vue nerveux ; a parfois des sensations bizarres dans la tête qui lui font croire qu'elle va devenir folle (les yeux s'agrandissent, la tête lui

échappe). Pas d'adipose ni d'amaigrissement, pas de palpitations, pas d'éruptions cutanées. Elle n'a pas le courage de faire ce qu'elle a à faire. N'a plus du tout de douleur dans le ventre.

Observation XXVI

Femme de 40 ans. Opérée il y a 10 ans par M. Bazy, le 3 février 1889. Hystérectomie subtotale et ablation des annexes. Réglée à 16 ans; règles régulières, abondantes, normales, quelquefois des caillots ; douloureuses. Début de la maladie après son mariage en 1891 : pertes blanches abondantes, douleurs dans le ventre, dans les cuisses, disparaissant par le repos.

Après son opération : plus de douleurs dans le ventre, mais elles persistent dans les reins, très fortes, comme avant. Huit ans après l'opération *tout rapport sexuel était absolument impossible.* Venue à Broca, elle fut traitée par l'électricité, piqûres de fibrolysine, d'orcéine, sans succès. Opération de Sims le 16 mars 1907.

Les pertes blanches et jaunes n'ont jamais complètement disparu depuis l'opération, mais ont nettement diminué. Bouffées de chaleur ont apparu au bout de 3 à 4 ans après l'opération, plusieurs fois par jour, et ont duré ainsi jusqu'à l'opération de 1907. Depuis cette intervention, ont diminué et la malade peut rester plusieurs jours sans en avoir. Ces bouffées de chaleur s'accompagnent de sudations générales de tout le corps et de frissons ; l'ensemble dure 1/4 d'heure. Dort mais avec cauchemars. Affaiblissement de la mémoire. Caractère irritable. Idées noires parce qu'elle trouve qu'elle n'est plus bonne à rien. Pleure pour un rien. Idées de suicide.

Elle est venue en 1900, c'est-à-dire 2 ans après l'hystérectomie subtotale qu'elle a subie, parce qu'elle avait des lésions de *kraurosis post-opératoire*, se caractérisant par des *démangeaisons* et impossibilité d'avoir des rapports depuis 2 ans. *A toujours été sèche* au point de vue vulvaire, a toujours souffert depuis son mariage. Jamais eu de désirs ni avant ni après l'opération. N'a jamais eu de plaisir à cause des douleurs. Depuis l'opération de Sims, les rapports sont plus faciles.

A l'examen, aspect pâle, anémié de la muqueuse vulvaire, avec très légère rougeur du méat, et un petit point rouge au niveau de la glande de Bartholin droite. Petites lèvres en voie d'*atrophie* évidente. Col petit avec quelques brides, surtout dans les culs-de-sac postérieurs, induré de sclérose.

Observation XXVII

Femme de 29 ans. Réglée à 17 ans 1/2. Règles une fois à 16 ans. Règles régulières, peu abondantes, très douloureuses au début et à la fin surtout. Opérée à Rouen par M. Cerni en 1900 ; puis par le même en 1903. Le 3 janvier 1906, est opérée à Lariboisière par M. Hartmann. 1re opération : curettage à 20 ans pour antéflexion de l'utérus ; la malade n'avait pas de pertes, dit-elle, mais de la pesanteur dans le bas-ventre ; résultat mauvais. 2e opération : laparotomie à 23 ans, à la suite de laquelle la malade a été mieux ; elle n'avait plus la sensation de poids dans le ventre. 3e opération : hystérectomie subtotale et ablation des annexes ; cette 3e opération a été déterminée par des crises douloureuses abdominales, survenues subitement, douleurs hypogastriques médianes et latérales ; pas dans les cuisses, beaucoup dans les reins ; pas de vomissements ; entérite caractérisée par 5 à 6 selles muco-membraneuses par jour.

Depuis l'opération : pas de règles. Les douleurs hypogastriques ont disparu, mais la malade souffre beaucoup de l'estomac et éprouve depuis 3 mois des douleurs gastro-intestinales et va à la selle 2 à 4 fois par jour en moyenne ; selles glaireuses, rarement sanguinolentes.

Bouffées de chaleur avec sueur, céphalées, cauchemars, idées noires, irritabilité, diminution des forces considérable ; pas de changement de la vue, de l'ouïe, de la voix.

Après la 1re opération de laparotomie, pas de changement. Après le 2e, moins de désirs. Pas de douleur dans les rapports ; sécheresse de la vulve ; elle a la sensation de resserrement de l'orifice vulvaire ; le début des rapports est difficile, elle utilise la vaseline (il en résulte des écorchures de la verge). Quelques démangeaisons au niveau de la vulve et du picotement

très léger au niveau du méat, presque constant, s'accentuant quand elle boit du vin.

Vulve étroite ; petites lèvres atrophiées ; un *point rouge au niveau des orifices des glandes de Bartholin de chaque côté.* Méat rond, en voie de sclérose ; en l'ouvrant on voit la muqueuse un peu rouge. *Point rouge dans la fossette latérale droite près du méat.* Sécheresse de l'anneau vulvaire. Col tout petit violacé.

Observation XXVIII

Femme de 47 ans. Il y a 15 ans, elle a été opérée par M. Pozzi d'un rein mobile ; depuis ne s'est ressentie de rien. L'an dernier (11 mai 1907) a été réopérée par M. Pozzi pour un fibrome : hystérectomie subtotale et ablation des annexes.

Depuis l'opération, la malade se plaint de bouffées de chaleur fréquentes et différents autres symptômes d'insuffisance ovarienne.

Examen physique. — Grandes et petites lèvres non atrophiées. Le pourtour de l'orifice vaginal est rouge, au niveau de l'emplacement de l'hymen, qui a disparu en totalité, excepté dans sa partie antérieure. Le méat est rouge, dans la moitié antérieure de sa circonférence ; il est petit, très étroit ; il serait impossible de passer une sonde. La muqueuse est sèche et la malade s'est aperçue de cette sécheresse depuis son intervention. Quelquefois sensation de prurit au niveau de la vulve. La malade avait déjà cette sensation quand elle avait son fibrome. Le col est petit. Induration à gauche ; à droite liberté complète du cul-de-sac. L'induration gauche est très douloureuse.

Les rapports ne sont pas douloureux ; la malade a la sensation d'une légère étroitesse vulvaire qui n'existait pas auparavant.

Observation XXIX

Femme de 29 ans. Etant enfant, elle a eu la rougeole, le croup (a subi la trachéotomie) ; crises nerveuses dans son enfance (pas d'épilepsie). Bronchites, pleurésie il y a 3 mois, soignée à Cochin (ponction qui aurait amené du liquide séro-sanguinolent ?).

Réglée à 9 ans 1/2 ; règles irrégulières avec retards et petites périodes d'aménorrhée ; durée 3 à 4 jours jusqu'a son accouchement à 17 ans. Depuis ménorragies avec caillots. Une grossesse à terme à 17 ans ; forceps ; enfant mort. Fausse couche de 3 mois à 20 ans.

En 1901, la malade est opérée par le docteur de Roques, pour annexite suppurée double. En 1902, elle entre dans le service de M. Pozzi où elle subit une 2e laparotomie. Hystérectomie abdominale totale.

Dès sa 1re opération, la malade s'est trouvée très améliorée au point de vue de ses douleurs abdominales. Elle a pris de l'embonpoint, puis elle a maigri. 3 ou 4 mois après cette première intervention, elle a commencé à avoir des bouffées de chaleur accompagnées de sueurs abondantes plusieurs fois dans la journée et surtout la nuit. La malade a vu sa mémoire baisser considérablement. Elle confond même actuellement les faits et les dates, et c'est difficile de se renseigner. Maux de tête fréquents. Depuis 6 mois les bouffées de chaleur diminuent en fréquence et en intensité. Elle passe plusieurs jours sans en avoir.

Elle a de l'insomnie, des cauchemars, sa vue a baissé et elle est atteinte de surdité par intermittence. Elle est apathique et sans courage. Son changement de caractère s'est surtout accentué après la seconde intervention ; idées noires et tristesse l'envahissent à tel point que 6 mois environ après sa sortie de l'hôpital Broca, elle fut internée à Sainte-Anne, puis successivement passa à Villejuif et à Maison-Blanche, où elle fut traitée pour de la mélancolie. Elle refusait toute nourriture et pendant 3 mois environ fut gavée à la sonde. Elle s'adonne à l'éther depuis ce temps et absorbe journellement un flacon de 50 à 60 centimètres cubes.

Au point de vue sexuel, la malade, qui est une professionnelle de la prostitution, prétend qu'après la première intervention, elle ne s'est aperçue d'aucune modification, tant comme désir et comme jouissance. Mais depuis la 2e opération et immédiatement après, elle aurait perdu tout désir sexuel, et l'*acte* lui est *pénible* et de plus en plus *douloureux*. Actuellement elle souffre beaucoup au moment de ses rapports. Elle a une sensation de

sécheresse vulvaire et sent la vulve se rétrécir. Elle a des *brûlures* à la *miction*. A l'examen physique (fait 6 ans après la 2e intervention), on constate que l'anneau vulvaire est diminué de volume, et que les petites lèvres sont peu développées. Pas de point de coloration plus marqué. L'aspect de la vulve est rose pâle, rétréci, et nullement celui d'une femme de 29 ans, mais plutôt celui d'une femme de 50 ans.

Observation XXX

Femme de 40 ans. Réglée à 16 ans; rien de particulier. Première grossesse à 25 ans. Deuxième à 28 ans. A la suite de la première grossesse la malade commence à souffrir du ventre, des reins et des cuisses. Elle est venue à Broca quelques mois après son accouchement. On lui aurait fait l'ablation d'un ovaire et la résection d'une partie du second ovaire. Très améliorée, elle est sortie de l'hôpital. Elle est devenue enceinte à sa sortie de l'hôpital et eut un accouchement à terme.

Suites de couches : douleurs abdominales. Elle est rentrée à l'hôpital Broca où elle est restée 8 mois en observation. Puis on lui enleva l'utérus et le reste de l'ovaire.

Depuis sa 2e intervention surtout, migraines fréquentes et très violentes ne cédant qu'à la morphine. N'a jamais eu de bouffées de chaleur ni de crises de sueurs. Insomnies, faiblesses. Mémoire très diminuée, idées de tristesses, crises de larmes.

Au point de vue sexuel, la malade prétend n'avoir jamais éprouvé de plaisir. Elle n'aurait pas remarqué de changemen après ses opérations. Depuis 4 ans elle n'a pas eu de rapports sexuels.

Examen. — *Aspect scléreux*, blanc de la muqueuse vulvairet Veines bleues dans le trigone urétral, ce qui donne un aspect. bleuté général. Orifice du *méat* très rond, à bords minces, *scléreux*, pas trop petit. Orifice vaginal large, a été très déchiré jadis. Vagin lisse. Malade vue 12 ans après l'opération.

Observation XXXI

Femme de 32 ans. Opérée dans le service de M. Pozzi en 1898 : ablation des 2 ovaires. Revient au service 10 ans après l'opération, le 22 juin 1908. Elle présente des symptômes d'insuffisance ovarienne. Elle se plaint de prurigo.

Au point de vue sexuel : jusqu'il y a 2 ans pas grande modification ; elle éprouve du désir comme autrefois et l'acte s'accomplit normalement. Depuis 2 ans, elle a beaucoup moins de désir, mais il est loin d'être aboli. Elle se sent après ses rapports très fatiguée, et pour cette raison, elle s'abstient souvent. Elle a une sensation de *sécheresse* et d'*étroitesse vaginale. Cette sensation a commencé tout de suite après l'opération*, et s'est surtout manifestée depuis 2 ans.

Utérus tout à fait atrophié, n'a pas plus de 2 cent. 1/2 à 3 centimètres de long. *Orifice vaginal très rétréci*, avec des lésions de *sclérose*, *méat rouge* et *petites taches rouges* au pourtour.

Observation XXXII

Femme de 36 ans. Deux grossesses à terme. Dernier accouchement à 26 ans, à Boulogne. Péritonite à la Maison de convalescence (Montrouge). Soignée à Necker (glace), où elle est restée 2 mois. Elle est restée souffrante depuis, elle a continué à avoir des douleurs abdominales et est venue à l'hôpital Broca le 12 octobre 1900. Opérée par M. Jayle d'un kyste de l'ovaire gauche (opération conservatrice). Sortie guérie, elle est restée 5 ans sans souffrir. En 1905, elle a commencé de nouveau à souffrir et est revenue à Broca et opérée par M. Dartigues. A quitté l'hôpital guérie, ne souffrant plus du tout.

Après la 2e intervention, phénomènes d'insuffisance ovarienne.

Elle vient consulter le 22 juin 1908. Elle éprouve de la *sécheresse* de la vulve, elle est obligée d'avoir recours à la vaseline. Désirs peu diminués. Aucune lésion vulvaire jusqu'à ce jour, si ce n'est un petit *point rouge* au niveau du méat et de l'orifice *de la glande de Bartholin*.

Observation XXXIII

Femme de 28 ans. Une grossesse à terme à 22 ans. Métrite post-partum. Six mois après l'accouchement, le 30 juin 1903, curettage; le 5 août 1908, hystérectomie subtotale pour pyosalpinx double, opération faite par M. Baussenat. Cure d'éventration le 14 novembre 1904.

Revue au service le 23 juin 1905. Malade bacillaire, présentant des troubles d'insuffisance ovarienne.

Examen. — Vulve un peu sclérosée, un peu pâle, un peu rétrécie, avec des petites lèvres atrophiées. Un méat légèrement rouge; un orifice vaginal très légèrement rouge, de manière un peu diffuse. La malade a été très déchirée, c'est ce qui rend l'orifice vulvaire large.

Observation XXXIV

Femme de 43 ans. Opérée en mars 1907 par M. Cazin, qui a enlevé 2 kystes ovariens et un fibrome. Malade revue 15 mois après cette opération, le 3 juillet 1908. Trouble d'insuffisance.

Examen physique. — Vulve étroite avec taches rouges à droite et à gauche au niveau des glandes de Bartholin. Muqueuse pâle. Méat avec un petit point rouge. Grandes lèvres flasques, petites lèvres encore assez grandes. Elle n'a pas eu de rapports depuis son opération.

Observation XXXV

Femme de 33 ans. Hystérectomie abdominale subtotale pour salpingite double par M. Lartigue, en juin 1906.

Revient au service le 16 juillet 1908. Les douleurs existant dans le ventre, les reins, les cuisses ont disparu, mais depuis 8 jours elle les sent revenir. Troubles d'insuffisance ovarienne.

Examen physique. — La muqueuse vulvaire est pâle, et l'anneau vaginal se *rétrécit* certainement (bien que la malade n'en ait pas l'impression). Au pourtour de l'orifice vaginal existent plusieurs *plaques rouges*, le méat lui-même est un peu rouge. Pas de sensation de démangeaisons, ni de sécheresse de la vulve. La petite lèvre droite est en voie de *rétraction*, la gauche est encore assez large.

Observation XXXVI

Femme de 37 ans. Subit une hystérectomie abdominale totale avec appendicectomie, par M. Jayle le 22 septembre 1901. Revue au service le 30 juillet 1908. Troubles très accentués d'insuffisance.

Examen physique. — L'orifice vulvaire présente une muqueuse un peu décolorée avec quelques points rouges dans les fossettes para-urétrales, et des plaques rouges au niveau de l'orifice des glandes de Bartholin. La muqueuse n'est pas lubréfiée. Le méat ne présente pas de rougeur, mais en écartant on voit que la muqueuse est très légèrement rouge. Les petites lèvres ne dépassent pas par leur extrémité inférieure le niveau du méat. Elles ont environ 4 ou 5 millimètres de haut, elles sont donc petites.

Spéculum : au fond du vagin pas de sclérose.

Observation XXXVII

Femme de 57 ans. Trois grossesses normales. Opérée à 32 ans par M. Maunoury, de Chartres. Cinq ou six mois après son opération, la malade a commencé à avoir des bouffées de chaleur sans sueurs, surtout après les repas; ces bouffées ont disparu au bout de 2 ans. N'a pas eu de maux de tête. Dort bien. Jamais de cauchemars. Mémoire un peu faiblie. Quinze ans après son opération, elle a grossi beaucoup. Depuis 2 ans elle a maigri beaucoup.

Après son opération, les *rapports* sexuels étaient *douloureux*,

surtout à l'entrée; n'éprouvait plus aucun plaisir ; la malade avait remarqué que la vulve était sèche.

Depuis 6 mois, elle a des douleurs dans le bas-ventre, surtout du côté droit et dans les reins. Pertes blanc rosé d'odeur un peu désagréable ; parfois quelques gouttes de sang.

Examen physique. — L'orifice vulvaire est rétréci, il présente des *taches rouges*, disseminées sur tout le pourtour. La *muqueuse n'est pas lubréfiée* facilement. Le méat ne présente pas de rougeurs. Les *petites lèvres sont atrophiées*, hautes de 1 à 2 centimètres à peine. Les culs-de-sac vaginaux sont rétractés, si bien qu'on ne peut pas ouvrir le spéculum et voir le col, d'autant plus qu'il existe une bride vaginale postérieure. Le corps est un peu gros en antéflexion. Un peu d'induration à la base du ligament large droit. Col irrégulier et le doigt explorateur ramène du sang. Probablement, épithélioma du col avec propagation au ligament large droit, ce qui rend l'intervention douteuse.

Observation XXXVIII

Femme de 45 ans. Vue à la consultation de l'hôpital Broca le 7 août 1908. Opérée par M. Pozzi le 25 juin 1901 : laparotomie; ablation des annexes; varicocèle tubo-ovarienne.

Un mois et demi après l'opération, la malade a commencé à avoir des bouffées de chaleur, 2 ou 3 fois par jour, 1 heure après chaque repas, durant 1/4 d'heure environ. Depuis 1 an, elles deviennent de plus en plus rares. Bouffées accompagnées de sueurs abondantes, à la poitrine, au dos, à la figure. Maux de tête fréquents, cauchemars, affaiblissement de la mémoire, caractère irritable, idées noires.

Après l'opération les *rapports* avec son mari étaient *douloureux*, surtout à l'entrée, tandis qu'avant elle souffrait au fond. *Sensations de brûlures* à la vulve. Picotements à la miction. Pertes blanches abondantes.

Examen physique. — La *muqueuse vulvaire* présente des symptômes de *sclérose très marquée.* Les *petites lèvres sont atrophiées*, la muqueuse est pâle avec des *plaques rouges*, le *méat* est *resserré, sténosé.* L'*orifice vaginal* est *étroit;* les

culs-de-sac vaginaux sont effacés, le col est tout petit, et on sent le corps petit en avant. Au spéculum : col violacé, petit, avec orifice punctiforme.

Observation XXXIX

Femme de 30 ans. Opérée de pyosalpinx double le 28 avril 1904. Revue au service de M. Pozzi le 10 août 1908. Troubles d'insuffisance. Examen physique : muqueuse de la vulve décolorée, en voie de *sclérose marquée*, blanche, jaune. *Petites lèvres atrophiées.* Orifice vaginal non rétréci à cause d'une énorme déchirure antérieure, mais en voie de rétraction certaine.

Observation XL

Femme de 36 ans. Opérée le 30 juillet 1906; hystérectomie subtotale abdominale et appendicectomie, pour salpingite double et appendicite. Revue au service de gynécologie de l'hôpital Broca le 3 septembre 1908.

Troubles d'insuffisance très accentués. *Démangeaisons vulvaires* intolérables depuis 6 mois après l'opération ; est obligée de se laver très souvent, parce que les démangeaisons sont telles qu'elle ne peut plus marcher.

Examen physique. — Orifice vaginal très déchiré et encore large ; la muqueuse vulvaire présente un début de *sclérose ;* elle est plus pâle par places, et a quelques *arborisations vasculaires ;* le méat n'est pas rouge. Distance entre le méat et l'extrémité postérieure de l'orifice vaginal : 37 millimètres. Les petites lèvres mesurent 3 cent. 1/2 de long, à droite, et à gauche un peu moins. Il existe de grands plis paranymphéaux.

Observation XLI

Femme de 27 ans. Opérée à la Charité en 1904 : hystérectomie abdominale totale ; ablation des annexes. Vue à l'hôpital Broca le 28 septembre 1908. Troubles d'insuffisance.

Sécheresse de la vulve depuis l'opération, douleurs en l'entrée pendant les rapports. La malade a de temps en temps la sensation de rétrécissement de l'orifice vulvaire.

Observation XLII

Femme de 33 ans. Fièvre typhoïde à 3 ans, à la suite de laquelle est restée d'une intelligence très affaiblie. Depuis l'âge de 7 ans sujette à des épistaxis très abondantes, périodiquement tous les mois, entraînant des syncopes.

Réglée à 14 ans très régulièrement ; les règles duraient 8 jours, très abondantes, sans douleurs fortes dans le ventre, mais précédées et suivies de migraines violentes, accompagnées fréquemment d'épistaxis et d'étouffements. Pas de pertes blanches.

Grossesse à 17 ans, terminée par un accouchement à la fin du 8e mois, d'un enfant vivant, provoqué par un érysipèle de la face, dont la malade fut atteinte. L'enfant est mort 2 jours après, d'une infection généralisée aiguë. La malade est restée 3 mois à l'hôpital, sous le coup de rechutes d'érysipèle ambulant de la face, s'étendant certaines fois au thorax, et aux membres supérieurs. Depuis jusqu'à l'âge de 23 ans, la malade a eu plusieurs érysipèles par an. La malade dit que ce n'est qu'à 24 ans, après son dernier érysipèle, qu'elle a pu tenir une conversation ; avant, elle pouvait travailler, elle était inférieure, mais parlait peu ; tout d'un coup, après l'érysipèle, elle s'est sentie bien du côté intellectuel.

A 28 ans, il y a 10 ans, la malade, revenant comme à l'ordinaire de son travail, ressentit dans la rue comme un choc violent dans l'abdomen, une sensation d'un poids tombant brusquement, et des douleurs très fortes. Transportée à l'hôpital, a été soignée par des applications de glace sur le ventre, pendant 1 mois. Une forte hémorragie est survenue à ce moment, avec caillots, et a duré une huitaine de jours. Des pertes de sang ont persisté dans la suite, après sa sortie de l'hôpital, pendant plusieurs mois. La malade se soignait seule, avec des injections. Tout rentra dans l'ordre et la malade s'est parfaitement bien portée

pendant 8 ans, jusqu'au mois de juillet 1907, toujours bien réglée, sans pertes d'aucune sorte, et ne remarquant rien de particulier dans ses instincts et rapports sexuels.

En juillet 1907, la malade s'aperçut brusquement, à la suite d'une période de 15 jours d'absence de son mari, que ses rapports étaient devenus très douloureux, elle perçut une sensation de rétrécissement. Les jours suivants, elle ne put se livrer comme auparavant à son travail, éprouvait avec un état de lassitude générale de fortes douleurs dans les reins et les cuisses. Pas de pertes, ni rouges ni blanches.

M. Jayle l'a fait admettre à l'hôpital et elle a subi le 25 juillet 1907 une hystérectomie abdominale : kyste sanguin à gauche, gros comme 2 poings, salpingite avec adhérence à droite et sclérose très accentuée de l'ovaire, gros comme un haricot.

La malade s'est très bien remise. Elle ne remarque aucun changement dans ses désirs et rapports sexuels. Pas de bouffées de chaleur, pas de diminution de forces, au contraire. La malade a beaucoup grossi et se plaint d'absences fréquentes de mémoire.

Depuis quelques jours, douleurs du côté gauche du bas-ventre. Caractère plus irritable; parfois envies de pleurer sans grande raison, ce qui n'existait pas avant.

Examen physique. — *Kraurosis* très marqué; *sclérose* de la muqueuse vulvaire; *petites lèvres atrophiées; sécheresse* de la muqueuse. Vagin *étroit.* Col dur à orifice presque disparu. *Rougeur* diffuse de la muqueuse vulvaire. Aucune perte, ni avant ni après l'opération. Chute des cheveux, des poils des aines et du pubis.

Observation XLIII

Femme de 34 ans, vue au service du professeur Pozzi, le 16 novembre 1908.

Deux enfants : 1er en juillet 1893; le 2e le 27 septembre 1900; accouchements normaux. Les suites des couches, sans être anormales, présentaient des lochies peu épaisses et assez abondantes. Curettage après le 1er accouchement.

Les règles ont été depuis toujours très douloureuses. Depuis 4 ans 1/2 aménorrhée complète, à la suite d'une vive émotion, sans troubles au moment où les règles devraient avoir lieu, l'époque menstruelle coïncide seulement avec une grande peur. Quelques pertes blanches.

En 1904 a eu des bouffées de chaleur qui ont cessé en 1905 : elles se manifestaient fréquemment pour des causes insignifiantes. Après, la malade avait un frisson, suivi de sueurs froides Depuis 1905, cauchemars, mémoire légèrement diminuée, caractère très irritable, pleure très facilement, a des idées sombres sans cause sérieuse, toujours fatiguée. A remarqué avoir engraissé légèrement. Cœur = tachycardie (peut-être émotive), palpitations fréquentes. App. pulm. = elle dit avoir eu quelques crachements de sang ; respiration diminuée au sommet gauche. Urine facilement ; urines très claires. Vue très diminuée ; fatigue à la lumière. Très nerveuse ; crises de nerfs, de larmes. Sensibilité normale. Prurit et perte de cheveux depuis cette ménopause prématurée. Rien du côté des dents. Rien au point de vue vénérien.

Examen. — *Vulve petite* dans son ensemble, *en voie d'atrophie.* Si on écarte les grandes lèvres, *les petites lèvres n'ont plus qu'une hauteur de 1 millimètre. Un peu de rougeur du méat et au niveau des orifices des glandes de Bartholin. Hymen* divisé en 3 segments (principal : antérieur), *très atrophié.* Utérus assez gros, en antéversion; on ne sent rien au niveau des annexes. *Muqueuse vulvaire pâle, décolorée. Dans son ensemble, la vulve rappelle celle d'une malade castrée, mais sans signe d'inflammation.*

Observation XLIV

Femme de 25 ans. Parents vivants, 7 frères et sœurs vivants; 3 morts. N'ayant eu aucune maladie qu'un peu de chloro-anémie. Excessivement nerveuse. Réglée à 16 ans; régulières; durant 3 jours; peu abondantes; sang rose, quelques gouttes; durant

3 jours ; douloureuses le premier jour. Elle vient à la consultation de l'hôpital Broca, le 25 juin 1908, pour des pertes blanches. Depuis 5 mois, elle éprouve des bouffées de chaleur, des céphalées, des insomnies, de l'apathie. Pas de perte de la mémoire, ni de la vue. Intellectualité médiocre. *Examen physique : kraurosis vulvæ inflammatoire très marqué. Utérus infantile type.*

CONCLUSIONS

Le kraurosis post-opératoire est à peu près toujours de forme *inflammatoire*.

Le kraurosis vulvæ, n'est pas synonyme de leucoplasie ; il est caractérisé cliniquement par la rétraction et l'atrophie de l'anneau vulvaire, histologiquement par la sclérose du derme avec lésions épidermiques variables.

Au point de vue anatomo-pathologique, le kraurosis comprend deux formes principales : le kraurosis inflammatoire et le kraurosis leucoplasique.

Le kraurosis s'observe dans une proportion qui reste à fixer, après la castration ovarienne, et mérite alors le nom de kraurosis post-opératoire.

Le kraurosis post-opératoire est une trophonévrose. L'état de la vulve est en rapport direct avec l'état des ovaires.

Ce syndrome, quand il se déclare, survient assez rapidement, contrairement au kraurosis qui n'est pas provoqué par une opération, et cela s'explique, car dans ce dernier cas la fonction ovarienne n'est pas supprimée brusquement ni complètement.

Dans le cas où l'un des ovaires est supprimé, le

kraurosis peut ne pas survenir si l'autre ovaire fonctionne bien.

Le kraurosis leucoplasique post-opératoire est assez rare, nous l'avons observé une seule fois sur 41 cas.

Le kraurosis post-opératoire non leucoplasique a peu de tendance à se transformer en cancer.

Vu :
Le Président de la Thèse,
S. POZZI.

Vu :
Le Doyen,
L. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. **Adam**. — Kraurosis of the vulva. *Australian med. J. Melbourne*, 1892, n. s. XIV, p. 407.
2. **Allegrini**. — Kraur. vulv. *Rivista veneta di sc. med.*, 1904, XLI, p. 533.
3. **Breisky**. — Ueber kraurosis vulvæ, einewenig beoachte Form von Hautatrophie am pudendum muliebre. *Zeitschrift fur Heilkunde*, 1885, p. 69.
4. **Bartels**. — Ueber kraurosis vulvæ. *Thèse de Bonn*, 1892.
5. **Boursier**. — Un cas de kraurosis vulvæ. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1904.
6. **Czempin**. — Kraurosis vulvæ. Verhandlungen der Gessells. f. Geb. u. Gyn., Berlin, séance du 23 fév. 1894, in *Zeitschr. f. Gebart. u. Gynäk.*, t. XXX, p. 294.
7. **Czempin**. — Kraurosis vulvæ. Verhandl. der Gessells, f. Geb. u. Gynäk., Berlin, séance du 10 juillet, in *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, tome XXXV, p. 460.
8. **Dorsett**. — A case of atrophy of the femal Genitalia fellowing Preguancy. St-Louis, *Cour. Med.*, 1900, p. 82.
9. **Ewald**. — *New-York Med. Monats*, 1901, XIII, p. 209.
10. **Fleischmann**.— Beitrag zur kraurosis vulvæ. *Prager med. Wochenschrift*, 1886, n° 36, p. 341.
11. **Frederick**. — Kraur. vulv. *Times and Reg.*, vol. XXII, VIII, 1891.
12. **Gordes**. — Ein Fall von kraur. vulv. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, p. 211.
13. **Gillavry** (Mac). —Ein Fall von kraur. vulv. mit Uebergang in Carcinom. Niederl Gesellsch. f. Geb. u. Gynäk., séance du 19 janvier 1898, in *Centralbl. f. Gyn.*, 1898, n° 40, p. 1094.
14. **Gaucher et Louste**. — Congrès français de médecine. *Comptes rendus*, p. 442.
15. **Heitzman**. — Kraurosis of the vulva (Breisky). *Tr. Am. Derm. Assoc.*, Boston, 1888, p. 64.
16. **Heitzman**. — *Monats f. prakt. Dermat.*, t. X, p. 297.
17. **Hallowel**. — Kraurosis vulvæ. *Northwest Lancet*, 1891, t. XI, p. 361.
18. **Hatchette**. — Kraurosis vulvæ. *Ann. of gyn. a. Pad.* 1893, VI, p. 139.
19. **Herman**. — Vaginismus and allied affections. *Lancet*, 1895, p. 1436.
20. **Heller**. — Ein Fall von kraurosis vulvæ. *Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.*, 1900, t. XLIII, p. 120.
21. **Himmelfarb**. — Du kraurosis vulvæ. *Annales de Gynéc. et d'Obst.*, 1900, II, p. 419.
22. **Himmelfarb**. — *Centralbl. f. Gynäk.*, 1901, n° 47, p. 1300.
23. **Janowski**. — Ueber kraurosis vulvæ. *Monatsschr. für prakt. Dermat.*, 1er octobre 1888, t. VII, p. 951.
24. **Jung**. — Cancroïd bei kraur. vulv., mit specieller Berücksichtigung der pathologisch, anatomischen Verhältnisse der Letzteren. *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, 1903, t. XVII, p. 985.
25. **Jung**. — *Deut. med. Woch*, 1900, n° 21.
26. **Jung**. — Zur Aetiologie der kraurosis vulvæ. *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn.* 1904, t. LII, p. 13.
27. **Jayle** (F.). — Le kraurosis vulvæ. *Livre d'Or du Prof. S Pozzi*, 8 juillet 1906 et *Rev. de Gyn. et de Chir. abd.*, n° 4, juillet-août 1906, p. 633.
28. **Jayle et Bender**. — *Bull. de la Société d'Anat.*, 1905, p. 626.
29. **Jayle et Bender**. — *Rev. de Gyn. et de Chir. abd.*, 1905, p. 986.
30. **Lawson-Tait**. — Serpiginous vascular Degeneration. *Diseases of women*, 1877, p. 43. *Traité clinique des malad. des fem.*, traduit par le Dr Bétrix, p. 79.
31. **Lawson-Tait**. — *Amer. Gyn. and Obst. Journ.*, 1894, vol. V.
32. **Lebedeff**. — Contribution à l'étude de l'atrophie des organes génitaux de la femme. Traduit de *Ejened Klin. Gaz. St-Pétersbourg, in Gaz. de Gynéc.*, Paris 1887, II, 53.

33. **Longyear.** — Kraurosis vulvæ a contribution to its pathology and therapeutics, *Am. Jour. of. Obstet.*, 1895, XXXII, p. 8.
34. **Leroy des Barres.** — Du kraurosis de la vulve. *Annales de Gyn. et d'Obst.*, Paris, août 1897, II, n° 15, p. 114-116.
35. **Labusquière.** — Du kraurosis de la vulve. *Semaine gynéc.*, Paris, août 1897, II, n° 15, p. 114.
36. **Labadie, Lagrave et Legueu.** — *Traité médico-chirurg. de Gynéc.*, 2e éd., p. 573.
37. **Lauro.** — Dell crauroti vulvare. *Gynéc. et Ostét. prat. Napoli*, 1898, I, p. 44.
38. **Martin.** — Ueber kraurosis vulvæ. *Samml. Klin. Vortr. Volkmann*, 1891, N. F., *Gynäk.*, n° 102, p. 167.
39. **Martin.** — *Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.*, 1894, t. XXX, p. 290.
40. **Martin.** — *Berl. Klin. Woch*, 1894, n° 32, p. 748.
41. **Martin.** — *Centralbl. f. Gyn.*, 1894, 13, p. 310 et 313.
42. **Mars** (von). — Kilka stowo marskosci przedsionka sromowego (kraurosis vulvæ). *Przegl. lek., krakow*, 1898, XXXVII, 38. Ein Beitrag zu kraurosis vulvæ. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, t. VII, p. 616.
43. **Milian.** — La leucoplasie. Rapport du Congrès de Lisbonne, 1906, avril. *Gazet. des hôp.*, 1906, n° 51, p. 603.
44. **Nonique** (L.) — *Thèse de Paris*, 1905.
45. **Noto.** — *Archivio di Ost.. e. Gin.*, 1899, p. 530 et 595.
46. **Ohmann-Dumesnil.** — Kraurosis vulvæ, *New-Orléans med. a. surg. Journ.*, mars 1890, XVII, p. 622.
47. **Ohmann-Dumesnil.** — *Monatsschr. f. prakt. Derm.*, t. X, p. 293.
48. **Orthmann.** — Ueber kraur. vulv. *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn.*, 1890, t. XIX, p. 283.
49. **Olshausen.** — *Cent. f. Gyn.*, 1894, p. 312.
50. **Peter.** — Ueber kraur. vulv. *Monats f. Geb. u. Gynäk*, 1896, t. III, p. 297.
51. **Phannenstiel.** — Eine vulva von 10 tagen wegen kraurosis amputich Medic. Section d. Schleisischen Gessellsch. f. Vaterlano Cultur, séance du 28 fév. 1896, in *Allgemeine med. Centralzeit*, 1896, n° 36, 432.
52. **Phannenstiel.** — *Centralblatt für Gynäk.*, 1897, p. 1535.
53. **Pozzi.** — *Traité de Gynéc.*, 4e éd., p. 1348 à 1360.
54. **Pichevin et Pettit.** — Sur le kraurosis vulvæ. *Semaine gynécolog.*, 1897, n° 7, p. 49.
55. **Perrin.** — Contrib. à l'étude de la leucoplasie vulvo-anale; ses rapports avec le kraurosis. *Annal. de Derm. et de Syph.*, janvier 1901, p. 23.
56. **Porter.** — Kraur. vulv. *Tr. Michigan M. Soc. Gr. Rapida*, 1898, p. 177.
57. **Reed.** — Progressive cutaneous Atrophy of the vulva (kraurosis vulv.), considered with special reference of its operative Treatmen. *Am. Gyn. a Obst. Journ.*, 1894, V, p. 556.
58. **Reed.** — *New-York Med. Journ.*, 1894, LX, p. 385.
59. **Rona.** — Beitrag zur kraurosis vulv. *Monats f. Geb. u. Gyn.*, 1896, I.
60. **Rona.** — *Frommet's Jahrbuch*, 1894, p. 239.
61. **Renicke.** — Pruritus und kraur. vulv. *Allg. med. Centr. Ztg*, 1895, LXIV, p. 97.
2. **Renicke.** — *Med. Chir. Centralblatt* 1893, XXX, p. 117.
63. **Smith.** — Kraur. vulv. *Buffalo med. a surg. Journ.*, 1890-91, t. XXX, p. 160 (cité par Ohmann-Dumesnil).
64. **Sanger.** — Zur Aetiologie und operativen Behandlung der vulvitis pruriginosa. *Centralbkf Gyn.*, 1894, n° 7, p. 153.
65. **Sanger.** — Verhandl. der Geseks, f. Geb. u. Gyn., Berlin, séance du 23 février 1894, in *Zeitszchr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXX, p. 293.
66. **Szasz** (Hugo). — Ueber leukoplakische veränderungen der vulva, ihre Beziehung zur kraurosis derselben nebst zwei Fällen von vulvarcarcinom. *Monats f. Geb. u. Gyn.*, 1903, t. XVII, p. 1020.
67. **Trespe.** — Beitrag zur kraur. vulv. *Archiv. für Gynäk.*, 1902, t. LXVII, p. 321.
68. **Veit.** — *Kraur. vulv. Handbuch der Gynäk. Wiesbaden*, 1898, t. III, 1 Hälfte, p. 144.

P. ORSONI, Imprimeur. 5-7, rue Lemaignan, Paris (XIVe). — 6-09.